

Atención a las necesidades comunitarias para la Salud

Comps.

José Carlos Núñez

M^a del Mar Molero

José Jesús Gázquez

M^a del Carmen Pérez-Fuentes

M^a del Mar Simón

África Martos

Ana Belén Barragán

Edita: SCINFOPER

Atención a las necesidades comunitarias para la Salud

Comps.

**José Carlos Núñez Pérez
M^a del Mar Molero Jurado
José Jesús Gázquez Linares
M^a del Carmen Pérez-Fuentes
M^a del Mar Simón Márquez
África Martos Martínez
Ana Belén Barragán Martín**

© Los autores. NOTA EDITORIAL: Las opiniones y contenidos de los textos publicados en el libro “Atención a las necesidades comunitarias para la Salud”, son responsabilidad exclusiva de los autores; así mismo, éstos se responsabilizarán de obtener el permiso correspondiente para incluir material publicado en otro lugar, así como los referentes a su investigación.

Edita: SCINFOPER

ISBN: 978-84-697-7124-2

Depósito Legal: AL 2315-2017

Imprime: Artes Gráficas Salvador

Distribuye: SCINFOPER

No está permitida la reproducción total o parcial de esta obra, ni su tratamiento informático, ni la transmisión de ninguna forma o por ningún medio, ya sea electrónico, mecánico, por fotocopia, u otros medios, sin el permiso previo y por escrito de los titulares del Copyright.

Enfermedad y tratamiento

CAPÍTULO 1

Sintomatología, factores de riesgo y tratamiento del Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño (SAOS): Revisión Bibliográfica

Esmeralda Saborido Domínguez, Raúl García Jódar, Noelia Gutiérrez García, y Miguel Barranco Justicia 11

CAPÍTULO 2

Cuidados de enfermería en adultos con traqueostomías

Ana María García Miranda, María del Pilar Segura Sánchez, y Elena del Águila Cano 17

CAPÍTULO 3

Impacto de la fatiga por compasión en la gestión de cuidados

Antonia Fernández Leyva, Ángela Ortega Galán, Jose Cabrera Troya, Olivia Ibáñez Masero, y María Dolores Ruiz Fernández..... 23

CAPÍTULO 4

Técnicas de reproducción asistida como método de elección para favorecer el embarazo en pacientes con infertilidad

Elena del Águila Cano, María del Pilar Segura Sánchez, y Ana María García Miranda. 31

CAPÍTULO 5

Atención a los síntomas asociados a la radioterapia

Rosa María Ortega Visiedo, Antonia Córdoba Serrano, y Verónica Cruz Ramón..... 37

CAPÍTULO 6

Validación de la versión española del Inventario del Trastorno por Dismorfia Muscular en una muestra de estudiantes universitarios

Laura Galiana LLinares, Laura Badenes-Ribera, y María C. Fuentes Durán 41

CAPÍTULO 7

Rehabilitación de las actividades de la vida diaria en personas con discapacidad intelectual

José Manuel Pérez Mármol, Beatriz García Pintor, Francisco Manuel Morales Rodríguez, y Ana María Morales Rodríguez..... 47

CAPÍTULO 8

Evaluación de un programa grupal psicosocioeducativo con mujeres con neoplasia

Francisco-Xabier Aguiar Fernández, Sara Fernández Aguayo, y Margarita Pino Juste.. 53

CAPÍTULO 9

Estudio sobre el alcoholismo y estrategias para su manejo

Susana Ayllón Beltrán, María del Carmen Ruíz-Henestrosa Niño, y Silvia Barberi García..... 61

CAPÍTULO 10

Intervenciones psicológicas de enfermería en el sobrepeso

Pablo Tortosa Tortosa, Francisca López Gutiérrez, y Leticia López Rivas67

CAPÍTULO 11

Radioterapia y tipos de tumores cerebrales

Verónica Cruz Ramón, Antonia Córdoba Serrano, y Rosa María Ortega Visiedo73

CAPÍTULO 12

Identificación temprana de ansiedad infantil en escolares de bajos recursos en México

María del Pilar Roque Hernández, Valeria López Rojas, Sbeyde Isamar Castillo Macias, Sara Arely Cobos González, Paola Jazmín Tirado Lara, y Eduardo Arturo Contreras Ramírez79

CAPÍTULO 13

Sexualidad en hombres y mujeres con lesión medular adquirida: Una revisión

Andrea Rodríguez Alonso y Enrique Oltra Rodríguez87

CAPÍTULO 14

Cansancio en el desempeño del rol del cuidador en la asistencia a pacientes con necesidad de Cuidados Paliativos: Hospitalización y Atención en domicilio

Gemma Real Organvidez, Cristina Macías Villanego, y María Ogalla Flores95

CAPÍTULO 15

Influencia de la autoestima en el estado de salud y la frecuencia de práctica de ejercicio en la población

M^a del Mar Simón, M^a del Carmen Pérez-Fuentes, M^a del Mar Molero, África Martos, Ana B. Barragán, Carmen M^a Hernández-Garre, y José Jesús Gázquez 101

CAPÍTULO 16

Perfiles neuropsicológicos de la función ejecutiva en personas con discapacidad intelectual: Memoria de trabajo

Patricia Solar Peña 107

Profesionales sanitarios

CAPÍTULO 17

Grado de conocimiento sobre las interacciones alimentarias por parte de los enfermos anticoagulados

Noelia Gutiérrez García, Miguel Barranco Justicia, Raúl García Jódar, y Esmeralda Saborido Domínguez 115

CAPÍTULO 18

Experiencias del personal de enfermería en las unidades de quemados pediátricos: revisión de la literatura

Alberto José Gómez González, Laura Gutiérrez Rodríguez, y Rubén Hernández Ballesteros..... 121

CAPÍTULO 19

Actuación sanitaria frente al maltrato infantil

María del Carmen Ruiz-Henestrosa Niño, Silvia Barberi García, y Susana Ayllón Beltrán 127

CAPÍTULO 20

Cuidados enfermeros en pacientes terminales y sus familias, a tener en cuenta en el ámbito de la sanidad

José Antonio Agudo Caballero, Juan José Abarca Anguita, y María José Rueda Godino..... 135

CAPÍTULO 21

El rol de la enfermería en el ámbito de la educación infantil

Isabel Crespo Acosta 143

CAPÍTULO 22

Enfermería en las infecciones urinarias en la mujer

Concepción Belando Gombau, Víctor Gallego Herrera, María José García Asensio, Antonio Mon Morales, Cristina Marín Sáez, María Josefa García Martínez , María Jesús Cara López, Sonia Cañas Nicolás, Rosa María Mendoza Saura, y María José Sánchez Vidal 149

CAPÍTULO 23

La enfermera en el proceso perioperatorio y su atención al paciente

Juan José Abarca Anguita, José Antonio Agudo Caballero, y María José Rueda Godino..... 159

CAPÍTULO 24

Análisis de las intervenciones en cuidados paliativos pediátricos

Francisca López Gutiérrez, Leticia López Rivas, y Pablo Tortosa Tortosa..... 165

CAPÍTULO 25

Papel de la enfermería escolar en España

Belén Espinosa Alcocer, Isabel María Uroz Martín, y Gloria González Moreno..... 171

CAPÍTULO 26

Estudio descriptivo del burnout y bienestar académico en estudiantes de ciencias de la salud

África Martos, M^a del Carmen Pérez-Fuentes, M^a del Mar Molero, Ana B. Barragán, M^a del Mar Simón, Carmen M^a Hernández-Garre, y José Jesús Gázquez..... 177

CAPÍTULO 27

Identificación del síndrome de burnout y la relación con los rasgos de personalidad en personal sanitario en la provincia de Loja durante el año 2017

Marina R Ramírez y Mercy P Ontaneda..... 185

Geriatría

CAPÍTULO 28

Revisión de las Intervenciones de Enfermería en la Atención al Cuidador de Personas Mayores con Demencia

Raúl García Jódar, Esmeralda Saborido Domínguez, Miguel Barranco Justicia, y Noelia Gutiérrez García..... 195

CAPÍTULO 29

Valoración integral y actividades para la autonomía funcional del anciano

Miguel Barranco Justicia, Noelia Gutiérrez García, Esmeralda Saborido Domínguez, y Raúl García Jódar..... 201

CAPÍTULO 30

Estimulación cognitiva de la memoria de trabajo y habilidades ejecutivas en adultos mayores con desgaste asociado a la edad

María del Carmen Olarte 207

CAPÍTULO 31

Diseño y evaluación de un programa piloto para la mejora de la autoestima en una muestra de personas mayores

Silvia Petkova Petkova y Antonio Caballer Miedes 217

CAPÍTULO 32

Análisis factorial de la escala IDDD en adultos mayores con deterioro cognitivo leve y enfermedad de Alzheimer

María Cruz Pérez Lancho, Rosalía García García, Antonio Sánchez Cabaco, y María Nieves Barahona Esteban 225

CAPÍTULO 33

Recogida y elaboración del documento sobre voluntades anticipadas en población psicogeriátrica

Paloma Terrón Moscoso..... 233

Enfermedad y tratamiento

CAPÍTULO 1

Sintomatología, factores de riesgo y tratamiento del Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño (SAOS): Revisión Bibliográfica

Esmeralda Saborido Domínguez*, Raúl García Jódar**, Noelia Gutiérrez García***, y Miguel Barranco Justicia*

Hospital Universitario Son Espases; **Atención Primaria; *Hospital Virgen del Rocío*

Introducción

El síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS), es un problema importante de salud a día de hoy, ocasiona serios daños a la salud y por la dificultad en aplicar un diagnóstico individualizado a cada paciente. Es necesario el trabajo en equipo de diversos especialistas, pero a su vez es una patología de creciente demanda en el ámbito hospitalario.

El síndrome de apnea obstructiva del sueño se define como una patología caracterizada por múltiples episodios repetitivos de apnea u obstrucción total o parcial de la vía aérea superior que transcurre durante el sueño del paciente, estos episodios producen una disminución del aporte del oxígeno a la sangre y transcurre con un despertar brusco del paciente en su tiempo de descanso. Estos episodios, en la mayoría de los casos, transcurren con una duración de 10 segundos aproximadamente, aunque la gran mayoría de los episodios oscilan entre 10 y 30 segundos.

Una apnea se define como una disminución del flujo respiratorio del 91% con respecto al flujo base. Se dividen en: obstructiva o centrales. La apnea obstructiva es aquella que transcurre si en el episodio persiste el esfuerzo respiratorio, y central si ese esfuerzo respiratorio es ausente durante el episodio de apnea. Hay que mencionar que la apnea no siempre va acompañada de una disminución de la saturación de oxígeno en la sangre.

La esperanza de vida, año tras año, va en aumento. Datos del INE en España afirman que la edad media en España, a día de hoy, es de 84,8 años de edad en las mujeres y de 80,4 en hombres, y se calcula que para el año 2030, será de 83,8 años en los hombres y de 88,2 en mujeres (INE, 2016).

El SAOS, en bastantes ocasiones, va acompañado de pacientes que sufren de obesidad, tiene un impacto importante en la salud. En EEUU se invierten, anualmente, unos 3,5 billones de dólares en gastos médicos relacionados con esta patología, teniendo en cuenta, el absentismo laboral que produce dicha patología. Con relación al riesgo de muertes súbitas nocturnas, se han demostrado asistolias que duran más de 5 segundos que pueden estar relacionados con este síndrome. El SAOS también se asocia a una alta morbimortalidad cardiovascular, siendo la hipertensión sistémica, hipertensión pulmonar y las coronariopatías, los principales problemas cardiovasculares consecuentes de esta patología.

El SAOS es un importante problema de salud en términos de prevalencia, con unos niveles bastante altos de mortalidad y morbilidad, siendo la prevalencia de un 2% al 4% del total de la población adulta. El SAOS es más común dentro de la población masculina y de una edad mediana, dentro de la población femenina, los casos afectados por dicha patología, son posmenopáusicas, aunque la importancia para desarrollar esta enfermedad, la alteración hormonal es de menos importancia que los rasgos faciales.

La prevalencia de los trastornos del sueño en personas de edad avanzada es mayor que en el resto de la población, siendo la edad media donde más incidencia tiene, los 72-80 años de edad, siendo casi el doble de casos de SAOS con respecto a la edad comprendida entre 35-45 años de edad (Ganga y Thangara, 2009).

El SAOS es un problema de salud pública que va, cada día, en aumento, es de gran trascendencia, y se da en un mayor número de casos en la población anciana con respecto a otras franjas de edad (Bielicki

y Byskiniewicz, 2006). Consecuencia de ello, el factor predominante, que es la hipersomnia diurna, tiene un impacto brutal en la sociedad, ya que es el principal culpable del absentismo laboral y problemas familiares, sociales y laborales. En dos condados de Pensilvania, la incidencia de la apnea obstructiva del sueño se ha demostrado que aumenta progresivamente con la edad (Naresh, 2008).

Dicho esto, el SAOS, es bastante mayor en la población anciana con respecto a otras franjas de edad (Launois y Pepin, 2007). Existe un estudio, de Wang, que comparó las características clínicas y polisomnográficas de pacientes de edad media con pacientes de edad avanzada y destacó que se encuentra una disminución del índice de apnea-hipopnea (IAH) en el adulto mayor y una disminución del índice de ronquidos e índice de masa corporal (IMC) en comparativa con el grupo de edad mediana (Ganga y Thangara, 2009). Aunque en otro estudio analizado, se observó, que a mayor IMC en el adulto mayor, se observa mayor probabilidad de SAOS (Degache, 2013).

En la actualidad es muy probable que el SAOS esté infradiagnosticado. El hecho de que se carezca de conocimientos en referencia a esta enfermedad, es consecuencia a que nos estamos encontrado con una patología infradiagnosticado (Onen, 2010).

Una de las teorías más interesantes, es la teoría que sugiere un modelo heurístico con un par de formas de SAOS, por un lado, aquel en que su naturaleza es patológica que aparece en edades de mediana edad y por el otro lado, aquel que se da en edades a partir de los 60 años de edad, que sería causado de forma fisiológica (Bwilise, 2011).

Un punto a tratar que pasa desapercibido en ocasiones, es la diferencia de sexos, se cuentan mayor número de casos en mujeres con respecto al hombre, aunque este valor cambia una vez la mujer ha pasado la menopausia pudiendo producirse un número de casos en hombres cuatro veces mayor con respecto al sexo femenino (Gabbay, 2012).

Objetivo

Analizar la sintomatología y factores de riesgo que produce el síndrome de apnea obstructiva del sueño (SAOS) en la edad adulta.

Detallar los tipos de tratamiento que se le ofrece al paciente con SAOS, en el momento de su diagnóstico.

Metodología

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica en las bases de datos científicas; Cochrane, Fistera y Uptodate. Se utilizaron los descriptores “Afectación respiratoria”, “SAOS”, “Apnea”, “Alteración respiratoria”. Se utilizó como idioma principal en los artículos analizados, el español e inglés. De un total de 97 referencias encontradas, se seleccionaron 23 para su posterior análisis, ya que, cumplían los criterios de inclusión en este estudio, se limitó la búsqueda al periodo de tiempo que transcurría de 2009-2016. Se descartaron aquellas referencias que no se centraban en el objetivo de la revisión.

Resultados

Los resultados abarcan, que desde el punto de vista clínico, el SAOS se caracteriza por hipersomnia diurna, pausas de apnea y ronquidos. Estos síntomas suelen ser un denominador común en la gran mayoría de pacientes. A parte de estos síntomas, hay otros que se dan en pacientes con SAOS, como pueden ser: Neuropsiquiátricos y cardiorrespiratorios, estos son secundarios a las desaturaciones que sufren los pacientes y a los despertares repentinos de estos, que son originados por las apneas.

Está demostrado en diferentes estudios, que la prevalencia del SAOS, aumenta progresivamente con la edad, sin embargo, es desconocido las características de esta enfermedad en la senectud.

Al diagnosticarse poco casos de dicha patología, la repercusión ha sido minoritaria, por tanto, no ha tenido la repercusión necesaria para que en el ámbito sanitario se le dé la importancia que tiene, no se han realizado estudios suficientes para poder tratar de manera más eficaz el diagnóstico primario.

El infradiagnóstico en la senectud del SAOS, como bien se ha podido desarrollar a través de ciertos artículos, tiene un alto poder de impacto en términos de salud y económicos (Kleisariis, 2014), ya que el SAOS, se asocia a una alta comorbilidad cardiovascular y una alteración cognitiva en el adulto mayor, lo que hace que sea necesario un diagnóstico primario rápido y eficaz, tanto como, su tratamiento, para así aumentar la calidad de vida de los pacientes diagnosticados y así poder reducir a nivel sanitario, los gastos económicos.

Los signos y síntomas que hacen detectar el SAOS son: la alteración en el sueño diurna, obesidad, sobrepeso, ronquidos, un índice alto metabólico basal, aumento de la circunferencia del cuello y anomalías respiratorias y craneoencefálicas. Hay diversos estudios analizados que decían que el ronquido estaba inversamente relacionado con la edad de los pacientes adultos mayores.

Existen distintos signos y síntomas a parte de los citados anteriormente, como por ejemplo, la nicturia secundaria, la enuresis, alteraciones oftálmicas y las caídas, como posibles desencadenantes previos al diagnóstico de SAOS.

Distintos estudios han demostrado alteraciones cognitivas en el adulto mayor que presenta SAOS (Avalon, 2010), culpa de ello, tienen la alteración en el sueño y la hipoxia resultante del SAOS. Por tanto, el SAOS es directamente perjudicial en el deterioro de los trastornos cognitivos, por eso, es fundamental hacer un diagnóstico precoz para evitar altos costes a la sanidad.

Los resultados encontrados crean un poco de confusión, ya que no es fácil diferenciar la causa de los deterioro neurocognitivos, ya que se puede confundir si proceden del propio envejecimiento o son producidos por el SAOS.

Existen diversas alteraciones cardiovasculares dentro de la sintomatología del SAOS, muy pocos estudios se han centrado en las personas de edad avanzada.

En una revisión (El síndrome de apneas-hipopneas durante el sueño en edades avanzadas) se encuentran citados distintos estudios como el de Chung et al. y Roche et al. (2010) que nos indican a individuos con SAOS por encima de los 60 años con el nivel de la proteína C reactiva alterada, conocido como factor de riesgo cardiovascular.

El tratamiento del SAOS puede dividirse en varios apartados, tenemos tratamientos de tipo quirúrgico, tratamiento ortopédico y tratamiento farmacológico. El tratamiento quirúrgico puede ir desde la amigdalectomía hasta la uvulopalatofaringoplastia, y el tratamiento ortopédico en prótesis de avance mandibular, siempre teniendo en cuenta que no son tratamientos de primera elección, al tener edad avanzada.

Existen también medidas higiénico-dietéticas, tales como, pérdida de peso y corrección postural que hace de ayuda para paliar las apneas. Otro tratamiento de elección es la presión positiva continua (CPAP), esta ayuda a la apertura de las vías aéreas mediante una mascarilla que inyecta aire por presión positiva, siendo el tratamiento de elección en la mayoría de los casos en pacientes con edad avanzada. En un principio se dudó de pautar las CPAP a adultos mayores, aunque existen diversos estudios que se encargaron de averiguar el beneficio que obtenían los adultos mayores con este tratamiento (McMillan, 2014), y se llegó a la conclusión de que las CPAP, reducían la somnolencia a este tipo de pacientes, mejorando la atención durante el día y por consecuencia, la disminución de las caídas, al mejorar el descanso nocturno.

El tratamiento quirúrgico del SAOS que no esté relacionado con anomalías específicas de la vía aérea superior, es ambiguo. Los resultados que se pueden derivar de dicho tratamiento no son fáciles de predecir previos a la cirugía. El procedimiento más eficaz es la traqueostomía, hecho que en el aspecto psicosocial de la persona, es dificultosa su aceptación. Existen también otras técnicas, como son la resección parcial del paladar (RPP) y la uvulopalatofaringoplastia (UPPP), estas dos técnicas son las más utilizadas para el tratamiento quirúrgico del SAOS, ya que se diferencia de otras, por su sencillez. El objetivo de estas técnicas es la extirpación de las amígdalas, la úvula, las adenoides y los tejidos blandos de la zona orofaríngea, ya que se sospecha que son los causantes del colapso inspiratorio que ocurre

durante el sueño en el SAOS. En cambio, la UPPP, basa sus evidencias curativas en que los causantes del SAOS se originan en la zona velopalatina, lo que no está del todo contrastado. Esto determina que el éxito de la UPPP es altamente efectivo en el tratamiento del ronquido, pero tiene un porcentaje de éxito en la desaparición de las apneas del 0 al 75%.

Existen también, dentro del tratamiento quirúrgico del SAOS, las extirpaciones en la base de la lengua, dentro de este grupo, se encuentran; la osteotomía mandibular con recolocación genioglosa, las técnicas de suspensión hioidea y los adelantamientos maxilo-mandibular, alguna de ellas todavía no contrastadas y en periodo de experimentación.

Dentro del tratamiento farmacológico, existen varios fármacos que se utilizan para paliar los síntomas del SAOS, estos son; la almitrina, el acetato de medroxiprogesterona, la teofilina y la protiprilina, aunque la eficacia de los mismos, no parece muy alentadora. Se suelen pautar en casos de que la CPAP no ha sido efectiva o no se puede utilizar.

Al hablar de los artículos ortopédicos, hay que mencionar que son dispositivos mecánicos que aumentan el espacio retrofaríngeo, al producir un adelantamiento mandibular. Los estudios analizados, concurren en que el éxito de los dispositivos es mayor en aquellos casos que el SAOS es leve o moderado, aunque el paciente tratado con dichos dispositivos, se reduce aquellos que están incluidos en ensayos clínicos o protocolos de estudios.

Discusión/Conclusiones

La prevalencia del SAOS en los adultos mayores es superior al resto de población (Launois, 2007).

El diagnóstico más eficiente que presenta SAOS permitirá adoptar una óptima terapéutica médica para así poder ofrecer el mejor pronóstico al paciente. El aumento en el número de casos de pacientes que padecen dicho síndrome, está en aumento, por tanto es de interés general médico el poder adquirir conocimientos sobre estudios que se puedan realizar para la investigación del SAOS. Hay que darle un enfoque multidisciplinario para poder ofrecer una asistencia médica eficaz. El SAOS en el anciano está infradiagnosticado, ya que los síntomas típicos en el adulto están disminuidos en el anciano (Endeshaw, 2006; Kleisiaris, 2014).

El objetivo de la CPAP es normalizar las respiraciones durante el sueño, aparte de mejorar también el rendimiento cognoscitivo de los adultos mayores que están diagnosticados con SAOS. Para ello, es importante formar y dotar al personal sanitario, que lucha día a día con pacientes diagnosticados de SAOS, a poder afrontar de la manera más eficaz los cuidados a estos.

Junto a otras patologías que se diagnostican en la sanidad, con un impacto directo sobre la salud, como son aquellas que cursan con síndromes metabólicos, resulta fundamental contar con una inmensa mayoría de los recursos disponibles y encaminados a reconocer y tratar el SAOS precozmente, para así, disminuir sus posibles contribuciones al riesgo cardiovascular y alteraciones cognitivas.

Una manera eficaz de tratar en SAOS es mediante ventilación positiva, está indicado en personas ancianas como primer tratamiento de elección, ya que su calidad de vida se ve mejorada sustancialmente (McMillan, 2014).

Referencias

- Barbé, F., Amilibia, J., y Capote, F. (2010). Diagnóstico del síndrome de apneas obstructivas durante el sueño. Informe de consenso del área de insuficiencia respiratoria y trastornos del sueño. *Arch Bronconeumol*, 31, 460-462.
- Carlisle, T., Carthy, E.R., Glasser, M., Drivas, P., McMillan, A., Cowie, M.R., Simonds, A.K., y Morrel, M.J. (2014). Upper airway factors that Project against obstructive sleep apnea in healthy older males. *European Respiratory Journal*, 44, 685-693.
- Carpagnano, G.E., Kharitonov, S.A., y Resta, O. (2003). A marker of oxidative stress, is increased in exhaled breath condensate of patients with obstructive sleep apnea after night and is reduced by continuous positive airway pressure therapy. *Chest*, 124, 1386-1392.

Casas, J.M., Fernández, J.M., y Álvarez, J.L. (1994). *Alteraciones de la ventilación alveolar. Síndrome de apnea del sueño*. eds. *Tratado de Medicina Interna*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Crawford, E. (2013). *Le sommeil physiologique du sujeta âge: impact sur la qualité du vieillissement el le vieillissement cognitif. Médecine humaine el pathologie*. Archives-Ouvertes: Université Jean Monnet- Saint-Etienne.

Guilleminault, C. (1994). Clinical features and evaluation of obstructive sleep apnea. En M.H. Kryger T. Roth, W.C. Dement (Eds.) *Principles and practice of sleep medicine. 2nd Ed.* (pp. 667-677)Philadelphia, WB Saunders, 667-77.

Harsch, I.A., Schahin, S.P., y Radespiel-Troger, M. (2004). Continuous positive airway pressure treatment rapidly improves insulin sensitivity in patients with obstructive sleep apnea syndrome. *Am J Respir Crit Care Med*, 169, 156-162.

Kansanen, M., Vanninen, E., y Tuunainen, A. (1998). The effect of a very lowcalorie diet-induced weight loss on the severity of obstructive sleep apnea and autonomic nervous function in obese patients with obstructive sleep apnea syndrome. *Clin Physiol*, 18, 377-385.

Montserrat, J.M., Alarcón, A., Lloberes, P., Ballester, E., Fornas, C., y Rodríguez-Roisin, R. (1995). Adequacy of prescribing nasal continuous positive pressure therapy for the sleep apnea/hypopnea on the basis of night time respiratory recording variables. *Thorax*, 50, 969-971.

Orea-Tejeda, A., Valencia-Flores, M., y Castillo-Martínez, L. (2003). Abnormal SPECT myocardial perfusión imaging during periods of obstructive sleep apnea in morbid obese patients without known heart disease. *Rev Invest Clin*, 55, 18-25.

Tiner, BD., y Waite, PD. (1992). Surgical and nonsurgical management of obstructive sleep apnea. En: L.J. Peterson, A.T. Indresano, R.D. Marciani, y S.M. Roser. *Principles of oral and maxilofacial surgery*. Philadelphia: Lippincott, 1531-7.

CAPÍTULO 2

Cuidados de enfermería en adultos con traqueostomías

Ana María García Miranda*, María del Pilar Segura Sánchez**,
y Elena del Águila Cano*

**Hospital de Almería; **Enfermera eventual del SAS*

Introducción

La tráquea es un conducto cilíndrico de aproximadamente unos 14 cm formado por unos 15-20 anillos con forma de “U” y tejido cartilaginoso (Che-Morales, Díaz-Landero, y Cortés-Tellés, 2014). La traqueotomía consiste en realizar una abertura en la tráquea a nivel de la pared anterior, por debajo de las cuerdas vocales donde se introduce una cánula permitiendo comunicar las vías respiratorias con el exterior por medio de un agujero llamado estoma. Destacamos 2 tipos de traqueotomías; una percutánea que resulta menos invasiva y puede llevarse a cabo fuera de quirófano donde la apertura se realiza mediante una incisión de unos 2 cm que se agranda mediante una guía dilatadora hasta alcanzar el tamaño requerido para la cánula elegida y la otra quirúrgica que es la técnica tradicional, en ésta el paciente es intervenido en el quirófano donde tras la apertura quirúrgica de la zona se coloca la cánula seleccionada suturando posteriormente la herida. En ambos casos está indicada para mantener o proporcionar un canal de ventilación mecánica prolongada; ante una posible obstrucción de las vías aéreas altas; existencia de problemas crónicos en la deglución y control de secreciones proporcionando así una vía aérea segura; o a causa de una enfermedad que requiera su utilización (tumores en garganta, boca, etc.) (Añón, Araujo, Escuela, y González-Higueras, 2014; Read, Gómez, y Osorio, 2015; Sanguino, 2012).

El papel de la enfermera (A partir de aquí, nos referiremos a la “Enfermera” en género femenino, agrupando así a todos los profesionales de enfermería por tratarse del sexo predominante de esta profesión en la actualidad) en cuanto a atención, cuidados y formación tanto al paciente como al familiar es indispensable siendo responsables de su cuidado y posterior educación sanitaria en prevención de los posibles problemas que se derivan de la traqueostomía.

Tanto el paciente como su familia deben ser informados en todo momento acerca del procedimiento que va a realizarse y acordar el sistema de comunicación que tendrán posteriormente disminuyendo así parte de la ansiedad que produce no poderse hacer entender Orejas e Ignacio (2014).

Cabe destacar la necesidad de unificar cuidados y disponer de guías que se basen en estudios y evidencias que engloben los cuidados enfermeros de una forma experta y organizada ante un paciente traqueostomizado en las diferentes situaciones en las que los podemos encontrar, bien en una unidad de cuidados intensivos (UCI), hospitalizados en una planta hospitalaria o bien en su domicilio. Encontramos estudios que muestran una gran versatilidad en cuanto a los cuidados prestados a un paciente traqueostomizado incluyendo el proceso de aspirado de secreciones (Peláez y Feroso, 2014; Izquierdo y Martínez, 2015).

Gil, Llorente, Sanchos, y Moreno (2011) en su estudio “Atención de enfermería en resección traqueal” evidencian que al estandarizar los cuidados específicos de enfermería tras una resección laríngea y traqueal mediante la humificación, control fluido de las secreciones, el uso de sonda nasogástrica como nutrición, permite la detección precoz de posibles complicaciones tras la intervención, mitigando además la inquietud de los pacientes aceptando mejor el proceso de curas, logrando un 86.7% de casos sin complicaciones.

Debemos tener una atención especial en el manejo de la vía aérea debido a que estos pacientes son especialmente sensibles a padecer problemas en dicha área y que solo pueden evitarse con la adquisición de unas habilidades fundamentales y de alta calidad donde se dominen los cuidados requeridos para evitar las posibles complicaciones que puedan aparecer tanto de forma inmediata como tardía en pacientes portadores de cánulas traqueales (Peláez y Fermoso, 2014).

Dividiremos las posibles complicaciones en 3 periodos diferenciados de tiempo según el estadio en el que se produzcan aunque la mayoría puede aparecer indistintamente en cualquier momento. Podemos hablar de complicaciones inmediatas en aquellas que se producen en las primeras 24 h tras su realización. Cuando se dan entre los primeros siete días se habla de complicaciones mediatas y las tardías las que ocurren tras la 1ª semana.

Destacamos la aspiración, hemorragia, neumotórax, infección y ulceración del estoma, obstrucción por secreciones, insuficiencia respiratoria, problemas en la deglución, fistulas o la pérdida accidental de la cánula traqueal como algunas de las complicaciones que podemos encontrar (Che-Morales, Díaz-Landero, y Cortés-Tellés 2014).

Los cuidados enfermeros además de ejercer su función asistencial al ser responsables directos de su cuidado, también desarrollarán su labor educativa al incluir tanto al paciente como a su familiar/cuidador en todo el proceso de educación sanitaria, proporcionándoles siempre de una forma individualizada todos los conocimientos necesarios para desarrollar su autonomía, englobando un medio alternativo de comunicación, la movilización y la expulsión de las secreciones, el cuidado del estoma y el cambio de cánula así como de ser capaces de solventar y prevenir las dificultades que puedan surgir durante el tiempo que se requiera éste estado. Realizando una adecuada educación sanitaria ayudaremos a mitigar sus inseguridades en cuanto a una posible disminución de su autoestima por verse afectada su imagen corporal debido a la nueva situación y favoreciendo por el contrario su seguridad y confianza.

Existen estudios que indican que los pacientes que se encuentran en la UCI y que requieren un conducto de ventilación es común recurrir a la traqueotomía en prevención de daños mayores como una estenosis traqueal o cáncer oral por una exposición a la intubación endotraqueal de más de 15 días y que se alargue en el tiempo creando una mayor dependencia en cuanto a la sedación retrasando a su vez el tiempo de extubación del paciente. También a causa de obstrucciones de la vía aérea por diversos procesos (ingestión de cáusticos, inhalación de gases, tumores varios, etc.) (Dawson, 2014; Milanes-Pérez, y Alcalá-Cerra, 2010).

La cánula de traqueostomía es un dispositivo que puede ser de diferentes materiales aunque todos en forma de tubo curvo y hueco que se introduce dentro de la tráquea a través del estoma creado en la intervención y que tiene como objetivo permitir la ventilación de una persona manteniendo la vía aérea permeable e imposibilitando que el estoma se cierre. Está compuesta por tres partes diferenciadas:

La cánula externa es la que se introduce dentro del estoma y que dispone de unas aletas con agujeros que permite su fijación al cuello mediante cintas y que acoge a la cánula interna también llamada "camisa" que se ancla a ella con una pequeña pestaña y que facilita los cambios de cánula ante tapones mucosos y exceso de secreciones.

El fiador es una guía que se encuentra dentro de la cánula externa y que ayuda en el proceso de introducir la cánula dentro del estoma y recanalizarla. Una vez introducida la cánula externa, este fiador se retirará dejando en su lugar la camisa.

Objetivo

Conocer el tipo de cánulas disponibles para una traqueotomía.

Identificar los cuidados principales de enfermería al paciente traqueostomizado dirigidos a evitar las posibles complicaciones.

Metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica en las bases de datos Pubmed, Dialnet, Cuiden plus y ampliado con “google académico” utilizando las palabras clave: Traqueotomía (Tracheostomy), atención de enfermería (nursing care), ostomía (ostomy) y manejo de la vía aérea (Airway Management).

Como criterios de inclusión se han tenido en cuenta las publicaciones, artículos y estudios de carácter científico publicados en español e inglés desde el año 2010 al 2017.

Se han encontrado 375 artículos y tras desestimar los duplicados y los que no cumplían los criterios de inclusión así como los trabajos con escasa evidencia científica nos hemos centrado en los 18 de mayor relevancia e interés para nuestra revisión.

Resultados

Distinguiremos las cánulas por su composición y según su indicación.

Según su composición las encontramos:

1. Metálicas: Se suelen utilizar en pacientes con traqueotomías permanentes y en los que la requieren durante un periodo largo de tiempo pero que no están conectados al respirador debido a que carecen del adaptador que lo permite. Son reutilizables y pueden disponer de pequeños orificios que ayudan en la fonación.

2. Cloruro de polivinilo (PVC): Actualmente es la más utilizada en casi todos los pacientes desde el momento de la cirugía. Es apta para el respirador y al igual que la metálica dispone de fenestración para la fonación.

3. Silicona: generalmente se utilizan en pacientes que no se adaptan a las metálicas. Estas no disponen de cánula interna pero sí fenestración en caso necesario.

Según su indicación se disponen:

4. Con o sin balón: El balón se utiliza en pacientes que precisan ventilación mecánica y cuando existe riesgo de broncoaspiración. Dispone de un pequeño globo en la parte distal de la cánula externa que se llena de aire.

5. Fenestradas o no fenestradas: En función de la disponibilidad o no de uno o más orificios en la pared de la cánula para permitir el paso del aire y la fonación (López, Riera, Heredia, y Simón, 2016; Caravaca, 2014).

Los principales cuidados al paciente traqueostomizado dirigidos al mantenimiento óptimo de la traqueotomía y orientados a evitar las posibles complicaciones son:

*Cambio de cánula: Diversos estudios reflejan que tras la intervención, el primer cambio de cánula será a partir del 5º día en el caso de una traqueotomía quirúrgica y pasados 10 días en la percutánea destacando la importancia de que sea el facultativo responsable el encargado de realizar el primer cambio y posteriormente el profesional de enfermería. La cánula interna se limpiará a diario cada 8 h o tantas veces como requiera el tipo de secreciones en prevención de una obstrucción de la misma. La externa se cambiará una vez a la semana estando en condiciones óptimas; si el balón está defectuoso o se requiere una cánula de distinto tamaño se cambiará en el momento necesario. En cualquier caso siempre hay que evitar el desplazamiento de la cánula mediante la sujeción con los dedos de la placa móvil durante el manipulado en las curas (Orejas y Ignacio 2014; López, Riera, Heredia, y Simón, 2016; Milanés-Pérez y Alcalá-Cerra, 2010). Respecto a la cánula en traqueotomía permanente, el cambio completo se realizará una vez al día (Caravaca, 2014).

- Postura o posición: Se aconseja que la cama posea una inclinación de al menos 45º para favorecer que la caja torácica pueda expandirse sin resistencia y respirar con menos trabajo.

- Alimentación: mediante sonda nasogástrica como prevención de broncoaspiraciones hasta controlar la deglución y poder disponer de la vía oral (Díaz, Elhendi, Muñoz, y García, 2015).

- Control de la presión del Pneumo: Debe de oscilar entre los 20-25 mmHg por riesgo de isquemia y estenosis de la mucosa traqueal al estar por encima y riesgo de broncoaspiración si baja de 20 mmHg (Fernández, 2015).

- Aspiración y limpieza de secreciones: Se realizará en base a la cantidad y el estado de las secreciones de forma estéril. Aunque es indispensable que las vías respiratorias sean permeables asegurando la adecuada ventilación del paciente, las aspiraciones deben limitarse a casos de necesidad, debido a que se potencia el riesgo de infección y la irritación de la mucosa. El aspirado en caso de cánulas fenestradas se realizará con la cánula interna (camisa) puesta para evitar que la sonda salga por las aberturas provocando daños en la mucosa traqueal al aspirar.

- Humidificación del aire: El aire que inspira el paciente traqueostomizado contiene poca humedad favoreciendo que las secreciones aumenten y se espesen pudiendo dañar la mucosa y formando tapones que obstruyen la vía aérea. Se puede evitar administrando aerosolterapia con suero fisiológico o con mucolíticos que permiten la expulsión de las secreciones sin el abuso de aspiraciones continuas (Caravaca, 2014).

- Fonación: Tras la realización de una traqueotomía por una cirugía radical de laringe en un alto número de los casos es posible la fonación. Para ello es necesario además de disponer de una cánula fenestrada y (aunque existen diferentes sistemas) el aprendizaje del habla esofágica donde el aire inspirado se deglute y se expulsa por el esófago provocando que los pliegues del mismo vibren emitiendo los sonidos en forma de eructación (Marín, 2013; González, Martínez, De-la-Iglesia, y Barandiarán, 2016).

- Decanulación: Aunque debería hacerse lo antes posible para minimizar los riesgos que supone una intubación se debe asegurar que las razones que llevaron a la realización de la traqueotomía están resueltas, que no hay signos de infección y que el paciente realiza un intercambio gaseoso de forma correcta, expulsando secreciones sin compromiso respiratorio (Añón, 2012).

Pasos para el cambio de cánula:

- Informar al paciente acerca del procedimiento a realizar.
- Lavarse las manos, usar guantes, mascarilla y bata desechables.
- Preparar el material requerido: En un campo estéril colocar la cánula limpia en el babero protector con la cinta de sujeción y la cara plastificada hacia fuera lubricando la punta ligeramente.
- Posición Semi-Fowler para el paciente (sin almohada).
- Retirar la cánula completa sucia.
- Tras colocación de guantes estériles, limpiar el estoma de dentro hacia fuera.
- Con el cuello ligeramente hiperextendido introducir la cánula limpia de forma suave pero firme, curvando y rotándola hacia abajo.
- Anudar las cintas para fijar la cánula al cuello dejando un dedo de holgura aproximadamente.
- Comprobar que la ventilación tras el cambio es correcta.

(Caravaca, 2014; Orejas y Ignacio, 2014)

Pasos para la cura del estoma:

- Informar al paciente acerca del procedimiento a realizar.
- Lavarse las manos, usar guantes, mascarilla y bata desechables.
- Preparar el material necesario a mano: guantes, suero fisiológico, antiséptico, un babero protector con la cinta de sujeción, gasas estériles y sondas de aspiración adecuadas.
- En posición Semi-Fowler para el paciente (sin almohada) con el cuello ligeramente hiperextendido.
- Colocarse guantes estériles y aspirar en caso necesario.
- Retirar la cánula y/o dejar la externa (según sea o no cambio completo).
- Limpiar el estoma con gasas estériles y suero fisiológico, (valorando cualquier signo de infección) de dentro hacia afuera con movimientos circulares.

- Aplicar antiséptico (Povidona Yodada) si el estoma no está cicatrizado con gasas estériles (misma forma que el lavado con suero fisiológico) y secar.
 - Volver a fijar con las cintas limpias la cánula externa en caso necesario o introducir en bloque la nueva previamente preparada.
- (Girona, Hernández, y Fuertes, 2010).

Discusión/Conclusiones

El paso por el quirófano ya supone una gran ansiedad para los pacientes; en el caso de una intervención para realizar una traqueotomía añadimos además la incertidumbre ante lo desconocido, el miedo a la pérdida de la voz, las dudas sobre el método alternativo de comunicación que se seguirá, el cambio en su imagen y estilo de vida. Por ello es de vital importancia que los profesionales de enfermería se rijan por unas guías estandarizadas que permitan unificar las actuaciones a seguir, otorgando así conocimientos y seguridad en sus acciones disminuyendo considerablemente las dudas existentes en los afectados al mostrar soltura y confianza tanto en sus actuaciones como en sus explicaciones.

Por otra parte, es vital nombrar la importancia que supone realizar una continuidad de cuidados cuando el paciente se marcha del hospital, siendo la enfermera de enlace el apoyo que continuará proporcionando la ayuda necesaria en cualquier duda o necesidad que el paciente requiera durante su día a día tras el regreso a su domicilio.

Referencias

- Añón, J.M. (2012). ¿Podemos predecir la duración del proceso de decanulación? *Medicina Intensiva*, 36(8), 529-530.
- Añón, J.M., Araujo, J.B., Escuela, M.P., y González-Higueras, E. (2014). Traqueotomía percutánea en el paciente ventilado. *Medicina Intensiva*, 38(3), 181-193.
- Caravaca, A. (2014). *Manual de manejo de la traqueotomía para sanitarios y pacientes*. Manual. Algeciras: Hospital Punta de Europa, Otorrinolaringología.
- Che-Morales, J.L., Díaz-Landero, P., y Cortés-Tellés, A. (2014). Manejo integral del paciente con traqueostomía. *Neumología y cirugía de tórax*, 73(4), 254-262.
- Dawson, D. (2014). Essential principles: tracheostomy care in the adult patient. *Nursing in critical care*, 19(2), 63-72.
- Díaz, D.M.P., Elhendi, D., Muñoz, V., y García, C. (2015). *Repaso al manejo de la Traqueotomía. Manual de Cuidados*, 111. [Consultado el 20-04-2017] Disponible en: <http://www.doctorcaravaca.es/files/MANUAL-DE-CUIDADOS-ORL-4-Diciembre-2015-isbn.pdf#page=112>.
- Fernández, B. (2015). *Cuidados en traqueostomía*. Bachelor's thesis, Universidad Francisco de Vitoria. Disponible en: <http://ddfv.ufv.es/bitstream/handle/10641/1097/TFG1415%20BEATRIZ%20FERN%C3%81NDEZ%20SARDINER%20O.pdf?sequence=1>.
- Gil, A.C.M., Llorente, M.T.M., Sanchos, M.D.L., y Moreno, L.M. (2011). Atención de enfermería en resección traqueal. *Enfermería integral. Revista científica del Colegio Oficial de ATS de Valencia*, 96, 29-33.
- Girona, M.R.R., Hernández, I.T., y Fuertes, X.O. (2010). Protocolo de cuidados de enfermería al paciente crítico con traqueotomía. *Enfermería integral. Revista científica del Colegio Oficial de ATS de Valencia*, 90, 29-32.
- Izquierdo, R., y Martínez, J.A. (2015). *Conocimientos de Enfermería para la atención a pacientes con traqueostomía*. IV Jornada Virtual de Educación Médica.
- López, I.S., Riera, R.R., Heredia, B.G., y Simón, E.R. (2016). *Traqueostomía*, 12. 3ciencias.
- Marín, M.D.L.Á. (2013). Perder la voz tras un Cáncer de Laringe. *Tonos Digital*, 24(0).
- Milanés-Pérez, R., y Alcalá-Cerra, L. (2010). Traqueotomía en unidad de cuidados intensivos. *Revista Ciencias Biomédicas*, 1(1).

Orejas, B., y Ignacio, J. (2014). Consenso clínico en relación a los cuidados de la traqueotomía. *Revista Sociedad ORL Castilla León Cantabria, La Rioja*, 5(3), 1-8. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10366/125011>.

Peláez, M.D.S., y Feroso, M.J. (2014). Investigación bibliográfica sobre cuidados de enfermería y seguridad en el paciente con traqueotomía. *Revista ORL N*, 5, 55-65. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10366/124536>.

Readi, R., Gómez, F., y Osorio, J. (2015). Traqueostomía quirúrgica clásica en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Revista de otorrinolaringología y cirugía de cabeza y cuello*, 75(1), 7-12.

Sanguino, J.D.P. (2012). *Cuidados integrales al paciente traqueostomizado*. Bubok. Libro online [consultado el 20-04-2017] Disponible en: https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=HHyPAgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA16&dq=Sanguino,+Juan+Diego+Pasalodos.+Cuidados+integrales+al+paciente+traqueostomizado&ots=uxmBQ_oGoa&sig=qtoYJdj8S9o3jw0G1Z6gPgEiN4#v=onepage&q=Sanguino%2C%20Juan%20Diego%20Pasalodos.%20Cuidados%20integrales%20al%20paciente%20traqueostomizado&f=false.

CAPÍTULO 3

Impacto de la fatiga por compasión en la gestión de cuidados

Antonia Fernández Leyva*, Ángela Ortega Galán**, Jose Cabrera Troya***,

Olivia Ibáñez Masero****, y María Dolores Ruiz Fernández*****

Enfermera Gestora de Casos, SAS, Distrito Sanitario de Almería*; *Hospital Vázquez Díaz de Huelva*;

****UGC Utrera Sur Sevilla*; *****Hospital Juan Ramón Jiménez Huelva*;

******Distrito Sanitario Almería*

Introducción

Uno de los retos más importantes para los sistemas sanitarios es dar respuesta de forma sostenible en momentos de crisis económica, garantizando la equidad y eficiencia a la ciudadanía.

El envejecimiento de la población conlleva cambios en las necesidades asistenciales, de cuidados y sociales; que se vuelven más complejas y tecnificadas. El tratamiento de enfermedades que acompañan toda la vida, la comorbilidad y la polifarmacia son características presentes. La presencia de incapacidades funcionales, deterioro cognitivo o mental y los déficits sensoriales; definen la situación de vulnerabilidad biológica, psicológica y social (Martín-Baztan, Gorroñoigoitia, Abizanda, y Gómez, 2010).

En este contexto, enfermería, interviene en diferentes niveles asistenciales y participa en equipos multidisciplinares aportando cuidados integrales a través de una atención individualizada, valorando las condiciones socio-familiares, ambientales y culturales.

No se puede recuperar la salud sin cuidados, y esto constituye la esencia del desempeño profesional. El cuidado precisa de la compasión, entendida como ciencia, saber o juicio; “como una forma intensa de benevolencia, es un bien intrínseco a la virtud del cuidado en la práctica profesional enfermera” (Tuckett, 1999).

Se dan respuesta a viejos y nuevos problemas de salud, poniendo a los profesionales que la ejercen en contacto directo con el dolor y la muerte ajena. Situaciones altamente estresantes, que generan síntomas como la frustración, irritabilidad o cansancio. Si no se desarrollan mecanismos, recursos y estrategias de afrontamiento adecuadas, pueden generar trastornos de ansiedad o estrés que al cronificarse puede evolucionar hacia la aparición de Síndrome de Burnout y/o Fatiga por Compasión.

Definición y Antecedentes

Los términos fatiga por compasión, desgaste por compasión, traumatización vicaria, estrés traumático secundario o desgaste por empatía; son términos sinónimos que sirven para identificar el malestar sufrido por profesionales que atienden a pacientes, víctimas de cualquier tipo de violencia o abusos, afectados por catástrofes etc. Es decir aquellos que viven situaciones altamente estresantes y emocionalmente demandantes (Acinas, 2012; Follette, Polusny, y Milbeck, 1994; McCann y Pearlman, 1988).

La fatiga por compasión es una respuesta ante el sufrimiento del individuo y no tanto por una situación laboral concreta. Repercute en todos los ámbitos del individuo, social, emocional, físico y espiritual y provoca un descenso generalizado del deseo, habilidad o energía para ayudar a otros (Ohio, 2011).

Joinson, en 1992, describe por primera vez, un síndrome observado en el personal de enfermería que atienden a pacientes en situación de emergencias hospitalarias. En esta misma línea, Jeffrey publica una

obra titulada, "Terapia Compasiva" en la que destaca la importancia de la empatía y compasión cuando se atiende a pacientes complejos y que aumentan el riesgo de padecer este problema.

Figley, en 1995, utilizó por primera vez el término *Compassion Fatigue*, para referirse al conjunto de emociones y comportamientos que se experimentan al ayudar a personas que sufren una situación traumática., "coste de preocuparse por los otros o por su dolor emocional" Y en este contexto son dos los conceptos fundamentales a valorar, por un lado el de la empatía y por otro el de la compasión.

Tew-Bunnag, en su comunicación en la IX Jornada nacional de SECPAL, define la compasión como una cualidad que incluye simpatía y empatía, implica la capacidad de identificarse emocionalmente con el sufrimiento del otro.

Figley señala que en la relación terapéutica de ayuda, son indispensables la empatía y la compasión.

Diferentes autores identifican la satisfacción por compasión, derivada de esta relación de ayuda y que implica un desempeño profesional positivo, en la que los profesionales experimentan gratificación por prestar sus cuidados.

Desde el punto de vista de la Bioética, la compasión se considera una actitud con significados polisémicos que incluye rasgos como: generosidad, altruismo, solidaridad, acompañamiento, consuelo o auxilio entre otros (Jiménez, Triana, y Washburn, 2002). En el ámbito de la salud, la respuesta compasiva lleva implícita un reconocimiento de la fragilidad y la desgracia del otro, inmediatez en las relaciones, premura de tiempo en la respuesta y cercanía; indispensables para la provisión de excelencia en los cuidados.

Respecto a la definición de empatía, a pesar de que es un término muy utilizado en psicoterapia, no cuenta con una definición conceptual consensuada. Preston y Waal (2002), señalan la variedad de significados que se da al término y la falta de consenso entre los autores. Mayoritariamente, la definen basándose en uno de los aspectos que constituyen la empatía: perceptivo, cognitivo, emocional o comportamental.

Rogers, perteneciente a las corrientes humanistas, define la empatía como "un sentir las emociones de otro, como si fuera ese otro".

Las teorías psicodinámicas, emplean la definición de Kohut, que la considera la experiencia de la vida interna del otro manteniendo la objetividad.

Las teorías cognitivas, la definen como un proceso en la alianza terapéutica que permite la colaboración (Carlozz et al., 2002).

Del-Rio (2014) considera la empatía como un estado afectivo que nos permite imaginarnos como otro o proyectar nuestra personalidad sobre la vida de otro, para poder comprender y sentir sus sentimientos, introduciéndonos en su mundo emocional. Es más extensa que la compasión, que sólo se refiere a la faceta del sufrimiento del otro.

Rothschild (2009), relaciona la fatiga por compasión con el esquema cognitivo del profesional y surge ante la incapacidad de mantener una consciencia activa en el contacto con el otro, ya que "entender el sufrimiento ajeno no significa sentirlo".

Por tanto en su aparición influyen factores personales como la moral del profesional, percepción del contexto social e interpersonal, traumas no resueltos de su historia vital y percepción del valor de quienes lo rodean. Señala la influencia del ambiente laboral y la identificación-distancia óptima en la escala relacional; ya que el lugar que ocupa el profesional puede conducirlo a una fuerte identificación y convertirlo en un receptor involuntario y sin control del dolor ajeno.

En el contexto sanitario, enfermería representa un colectivo especialmente vulnerable, así el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, reconoció que las actividades sanitarias realizadas generan en las personas elevados niveles de estrés (2002). Se entablan relaciones terapéuticas con paciente y su entorno familiar, para responder a necesidades de salud. Cuando el deseo de satisfacer esa demanda se exagera por el sufrimiento y la expectativas del paciente, los profesionales pueden experimentar ansiedad, estrés y desgaste progresivo en el desempeño laboral (Gallagher, 2013).

Al ser la fatiga por compasión un problema de salud con importantes consecuencias psicoemocionales y comportamentales; es necesario sensibilizar a los profesionales de enfermería sobre esta patología para prevenir su aparición y/o minimizar sus efectos en caso de aparición.

Objetivos

- Conocer la evidencia sobre el concepto Fatiga por Compasión, en el ámbito sanitario para profesionales de enfermería.

- Describir las intervenciones y herramientas, que permiten la prevención de este malestar con consecuencias negativas para la salud

Método

- Diseño de estudio:

Estudio descriptivo basado en la revisión bibliográfica de enero del 2015 hasta febrero del 2017, de la literatura existente en castellano.

- Muestra:

La muestra la componen 11 artículos, 2 capítulos de libro, 1 trabajos fin de master y una tesis doctoral; seleccionados para la revisión y que incluyen profesionales que realizan su actividad laboral en el ámbito de los cuidados y que cumplen con los criterios de inclusión.

Las variables de interés consideradas se refieren a la lectura de investigaciones que abordan la fatiga por compasión en los profesionales de enfermería.

Las variables consideradas han sido, fecha de publicación, población de estudio, definición de fatiga por compasión, clínica, medidas de prevención.

Se han identificado factores relacionados como el síndrome de Burnout, y variables sociodemográficas identificadas en los estudios revisados.

Se han seleccionado de las siguientes bases de datos: Medline, Lilacs, Cuiden y Scielo.

Las palabras claves han sido: fatiga por compasión, gestión de cuidados, enfermería, síndrome de Burnout, estrés.

- Criterios de inclusión:

Los criterios de inclusión han sido estudios publicados entre los años 2005 y 2017, de importancia sobre el tema de análisis (fatiga por compasión, estrés, síndrome de Burnout).

- Criterios de exclusión:

Han sido excluidas aquellas publicaciones que hacían referencia a otro tipo de profesionales, cartas al director, editoriales, artículos de opinión.

- Diseño:

Se ha realizado una revisión bibliográfica para conocer la evidencia sobre la fatiga por compasión en profesionales de enfermería y describir las medidas de intervención y prevención.

Como instrumentos de medida se han realizado la lectura completa o resúmenes de las obras seleccionadas.

- Estrategias de búsqueda:

Las estrategias de búsquedas realizadas fueron: “fatiga por compasión and desgaste por empatía and estrés traumático secundario”, “fatiga por compasión and prevención”, “fatiga por compasión and enfermería”.

Los conceptos seleccionados se han combinado con los operadores booleanos “and “y “or” para obtener los artículos de las bases de datos.

Para el análisis de datos se empleó el Microsoff Office 2007.

Resultados

Tras la revisión se han analizado diferentes modelos que describen la naturaleza de este problema de salud.

La mayoría coinciden en identificar a dos grupos profesionales en situación de mayor vulnerabilidad, como son los pertenecientes al campo de la enfermería y medicina.

El 80% de los profesionales de enfermería que trabajaban en una unidad de cuidados paliativos, presentaban un riesgo elevado o moderado de padecer estrés secundario (Abendroth y Flannery, 2006). En esta misma línea, Cazabat (1996) identificó los trabajos en los servicios de emergencia y de protección social, como los que mayor riesgo generaban.

Coinciden en la importancia de la empatía, en relación a la génesis, valoración e instauración, del síndrome así como la planificación de medidas de recuperación o preventivas. Figley (1995), afirma que además de ser un recurso indispensable en la relación de ayuda, su presencia es al mismo tiempo un factor de riesgo para quien presta los cuidados y asistencia.

Se han identificado diferentes variables que actúan como factores protectores o que aumentan la vulnerabilidad al padecimiento, como son:

- Desde el modelo teórico de Figley (1995) se proponen los siguientes factores del profesional que predisponen a padecer el síndrome: capacidad para empatizar, comportamiento hacia el paciente, habilidad para distanciarse del trabajo, y el sentimiento de poder ayudar, además de la experiencia personal traumática.

- Abendroth y Flannery (2006) en una investigación realizada con enfermería, encontraron un mayor riesgo en profesionales diagnosticados de depresión o cefaleas, con problemas económicos y tendencia a sacrificar sus necesidades psicológicas para satisfacer las del paciente. Se encontraba menor riesgo cuando no aparecían conductas de autosacrificio.

- La falta de compromiso y el distanciamiento, correlacionan negativamente con la fatiga (Schanbin y Frazier).

- Experiencia profesional (factor de resiliencia) (Lee, 2000).

- Aspectos laborales de la jornada: a mayor número de casos atendidos mayor riesgo de padecerla (Slocum-Gori, 2013).

- Las diferentes actividades realizadas por los profesionales de enfermería pueden influir en la aparición de fatiga como son: alivio del dolor físico, emocional o espiritual (Slocum-Gori, 2013).

- La jornada parcial está relacionada con una mayor satisfacción frente a la jornada completa y presentaron menor nivel de fatiga por compasión en relación a aquellos que realizaban una jornada completa (Slocum-Gori, 2013).

- Las estrategias de afrontamiento que favorecen la aparición del síndrome son: conductas sobreprotectoras o de preocupación excesiva por el paciente.

- Determinadas variables de personalidad como niveles altos de auto exigencia, altruismo e idealismo junto con patrones de conducta tipo A y locus de control externo; actúan como factores de riesgo.

- Se identifican como factores protectores las estrategias de afrontamiento centradas en el problema y la percepción de apoyo social y personal. Sansó et al. (2015), investigaron la relación entre el afrontamiento a la muerte y la consciencia, fatiga por compasión, satisfacción por compasión y burnout. Identifican una correlación positiva entre la consciencia, el autocuidado y la capacidad de afrontamiento a la muerte

Manifestaciones de la Fatiga por Compasión

Los autores consultados coinciden en la descripción de las manifestaciones sintomáticas y las consecuencias experimentadas por la persona que la sufre (Acinas, 2012; Campos, 2015):

- Somáticas: agotamiento y pérdida de fuerza, disminución de la autoeficacia, desempeño reducido, pérdida de resiliencia, insomnio, cefaleas, epigastralgias, tensión muscular, etc.

- Sociales: insensibilidad, indiferencia, incapacidad para paliar el sufrimiento, etc.
- Emocionales: pérdida de entusiasmo y apatía, desensibilización, deseo de abandonar, falta de motivación, sensación de vacío, ira, etc.
- Espirituales: falta de consciencia espiritual, juicio empobrecido, etc.
- Cognitivas: aburrimiento, desorganización, disminución de la concentración, etc.

Las consecuencias descritas en la bibliografía que puede experimentar el profesional son las siguientes: distrés emocional, baja calidad en los cuidados que se brinda y deseos de abandonar la profesión, agotamiento elevado, cambios de personalidad, alteración en el rendimiento profesional y aumento del absentismo, entre otros.

Diferencias con el Síndrome de Burnout

A pesar de que ambos se derivan de la actividad de ayudar a otras personas, presentan diferencias.

El “Síndrome de estar quemado por el trabajo” (SQT) o de Burnout, se genera a partir de la interacción de la persona con unas variables psicosociales negativas del ámbito del trabajo. Pines y Arouson (1989), lo definen como un estado de agotamiento físico, mental y emocional, causado por la vivencia durante un tiempo prolongado de situaciones altamente demandantes y con un fuerte impacto emocional.

Edelwich y Brodsky (1980) identifican cinco fases en su desarrollo: entusiasmo (expresión de elevadas expectativas ante un nuevo puesto laboral), estancamiento (percepción de desequilibrio entre el esfuerzo realizado y la recompensa obtenida, frustración (sentimientos de fracaso y desilusión), apatía (se generan cambios de conducta y actitud que provocan una relación distante y automática) y fase de quemado (colapso emocional).

Maslach y Jackson (1986), lo consideran un cuadro de cansancio emocional, despersonalización y reducida realización personal. Por tanto resulta del estrés vivido por profesionales en su entorno laboral, mientras que la fatiga por compasión es consecuencia de la relación profesional con el otro (Moreno et al., 2004).

La fatiga por compasión cursa con un conjunto de síntomas predecibles, tratables y prevenibles (Thomas, 2005; Ancinas, 2012):

- Re-experimentación: revivir y recordar con gran carga emocional.
- Evitación y embotamiento psíquico: actitudes de distanciamiento en relación a los estímulos asociados al trauma (sentimientos, lugares, personas que recuerdan el suceso). Los síntomas de embotamiento se refieren a reducción del interés, desapego, etc.
- Hiperactivación (arousal): estado de tensión y alerta permanente, reactividad, dificultad para dormir.

Estos tres grupos de síntomas coinciden con los del Trastorno por Estrés Postraumático, el cual está incluido dentro de los trastornos del DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) y DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000).

Acinas añade síntomas intrusivos, evitativos y de activación fisiológica.

El Síndrome de Burnout se relaciona con la Fatiga por compasión en los siguientes aspectos:

- La aparición de Burnout afecta negativamente a la resiliencia del profesional, aumentando el riesgo de sufrir fatiga.
- El síndrome favorece la respuesta silenciosa del profesional, entendida como la incapacidad de atender a las demandas ya que resultan abrumadoras (Baranowsky, 1997; Danieli, 1984).

Influencia del estrés en la Fatiga por Compasión

El estrés es una de las mayores causas del trastorno y de aquí su interés científico y la abundancia de estudios en el ámbito de la salud (Gil-Monte y Peiró, 1997; Manzano y Ramos, 2000).

Lazarus y Folkman (1986) afirman que para describir una situación como estresante lo que prevalece es la experimentación del sujeto frente a otros criterios objetivos.

El estrés puede derivarse de la propia profesión y/u organización que rechaza o dificulta reconocimiento de repuestas emocionales.

En otros casos, está relacionado con la urgencia en la toma de decisiones, que pueden ser de extrema importancia y con datos confusos e información insuficiente (Fligey y Stamm, 1999).

La cultura organizacional de los sistemas sanitarios, que persiguen el ahorro y la máxima productividad, someten a los trabajadores a mayores cargas y descenso en la calidad de servicios prestado (Rodríguez y Rivas, 2016).

Estrategias de prevención y recuperación

Los investigadores proponen intervenciones, a nivel individual, interpersonal y organizacional para abordar y/o prevenir este problema (Arranz, 2003; Rothschild, 2009).

Los aspectos a trabajar serían los siguientes:

- Entrenamiento en Counselling, manejo de habilidades y control emocional.
- Identificación de recursos nutritivos y de apoyo para profesionales mediante la formación en psicoeducación. El estudio de Aycock y Boyle (2009), mostró como el 45% de los profesionales referían no haber recibido formación en relación al tema ni en manejo emocional.
- Promoción de la resiliencia mediante la autorregulación, intencionalidad, autovalidación, conexión y autocuidado (Potter, 2013).
- Promoción de programas de descanso y retiro (yoga, relajación) (Aycock y Boyle, 2009).
- Fomentar la cultura de ocio y sentido del humor, cultura de consenso en el equipo.

Discusión/Conclusiones

La fatiga por compasión es un problema de salud relativamente reciente y poco investigado en España en función de las publicaciones existentes y en comparación con otras patologías como el síndrome de Burnout.

Las consecuencias psicosociales y comportamentales provocadas por la exposición al dolor y sufrimiento, justifican la implementación de medidas de autocuidado y de soporte psicológico.

Los estudios incluidos en la revisión muestran variabilidad y dificulta la comparación y generalización de resultados.

La fatiga por compasión afecta a personas que alivian el sufrimiento y el dolor, por tanto el personal de enfermería es especialmente vulnerable, siendo necesario medidas de promoción del autocuidado a fin de afrontar de forma saludable el coste de cuidar.

Referencias

- Acinas, M.P. (2012). *Burnout y desgaste por empatía en profesionales de cuidados paliativos*.
- Aycock, N., y Boyle, D. (2009). Intervencionas to manage compassion fatigue in incology nursing. *CJON*, 183-19.
- Campos-Méndez, R. (2015). *Estudio sobre la prevalencia de la fatiga de la compasión y su relación con el síndrome de "burnout" en profesionales de Centros de mayores en Extremadura*.
- Consejería de Salud. (2012-2016). *Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas*. Sevilla: Junta de Andalucía.
- Figley, C.R. (1998). Burnout as systematic traumatic stress. A model for helping traumatized family members. En C.R Figley, *Burnout in families. The systematic costs of caring*.
- Follette, V., Polusny, M., y Milbeck, K. (1994). Mental health and law enforcement professionals: Trauma history, psychological symptoms, and impact of providing services tochiid sexual abuse survivors. *Professional psychology. Research and practice* 25, 275-282.
- Fueyo, J.M., y Baza, M.Á. (2002). Clima organizacional y estrés en una unidad de alto riesgo. *Emergencias*, 14, 6-12.

- Gallagher, R. (2013). Compassion fatigue. *Can Fam Physician*, 59, 265-268.
- García, M.D.C.H. (2017). Fatiga por compasión entre profesionales sanitarios de oncología y cuidados paliativos. *Psicooncología*, 14(1), 53.
- García-Rueda, N., Errasti-Ibarrondo, B., y Solabarrieta, M.A. (2016). La relación enfermera-paciente con enfermedad avanzada y terminal: revisión bibliográfica y análisis conceptual. *Medicina Paliativa*, 23(3), 141-152.
- Gentry, J.E. (2003). Desgaste por empatía: el desafío de la transformación. *Revista de Psico-trauma para Iberoamérica*, 2(2), 4-17.
- Jiménez, A., Triana, M., y Washburn, J. (2002). *Compasión y salud. Isegoría*, (27), 211-223.
- Kassam-Adams, N. (1995). *The nsks treating sexual trauma. Stress and secondary trauma in psychotherapists*. Unpublished Ph. D. University of Virginia.
- Marilaf-Caro, M., San-Martín, M., Delgado-Bolton, R., y Vivanco, L. (2017). Artículo Especial: Empatía, soledad, desgaste y satisfacción personal en Enfermeras de cuidados paliativos y atención domiciliaria de Chile. *Enfermería Clínica*. doi:10.1016/j.enfcli.2017.04.007
- Martín, I., Gorroño-goitia, A., Gómez, J., Baztán, J.J., y Abizanda, P. (2010). El anciano frágil. Detección y manejo en atención primaria. *Aten Primaria*, 42(7), 388-393.
- Meyer, T., y Cornille, T. (2002). The trauma of working with traumatized children. Treating compassion fatigue. *Psychosocial stress series*, 24, 39-55.
- Molinier, P. (2008). Trabajo y compasión en el mundo hospitalario. Una aproximación a través de la psicodinámica del trabajo/Work and compassion in the hospital. A psychodynamics approach. *Cuadernos de Relaciones Laborales*, 26(2), 121-138.
- Moreno-Jiménez, B., Morante, M.E., Garrosa, E., y Rodríguez, R. (2004). Estrés traumático secundario: el coste de cuidar el trauma. *Psicología conductual*, 12(2), 215-231.
- Moreno-Jiménez, B., Morante-Benadero, M.E., Losada-Novoa, M.M., Rodríguez-Carvajal, R., y Garrosa-Hernández, E. (2004). El estrés traumático secundario. Evaluación, prevención e intervención. *Terapia psicológica*, 22(1).
- Myezyentseva, O. (2014). *Fatiga por compasión en los profesionales de enfermería. Revisión sistemática*.
- Navas-Cámara, F.J. (2016). *Estrategias de intervención en profesionales de enfermería con Síndrome de Burnout*.
- Ohio Nurses Association. (2011). I've fallen and can't get up: Compassion fatigue in nurses and non-professional caregivers. *ISNA Bulletin*, 38, 5-12.
- Tuckett, A. (1999): Nursing practice; compassionate deception and the Good Samaritan. *Nuring Ethics*, 6(5), 383-389.
- Verdugo-Limas, L.C. (2016). *Cuidado, compasión y muerte: una mirada al sentido de la niñez en situación de enfermedad terminal como fundamento para establecer el rol del pedagogo hospitalario*. Bachelor's thesis.

CAPÍTULO 4

Técnicas de reproducción asistida como método de elección para favorecer el embarazo en pacientes con infertilidad

Elena del Águila Cano*, María del Pilar Segura Sánchez**, y Ana María García Miranda*
**Hospital de Almería; **Enfermera eventual del SAS*

Introducción

La reproducción asistida o también llamada fecundación artificial consisten en un grupo de métodos y procedimientos médicos que se llevan a cabo para lograr o favorecer el embarazo en los casos en los que no se puede obtener de manera natural, por lo que este tipo de reproducción está relacionado con la infertilidad, ya que la gran mayoría de personas que demandan estos procedimientos, lo realizan por no poseer la capacidad de tener descendencia (Zegers et al., 2010).

Aunque a veces se use indistintamente el término infertilidad y esterilidad, lo cierto es que la esterilidad es no poseer la capacidad de engendrar y la infertilidad es no tener la capacidad de concluir la gestación (Gallardo y Salguero, 2014).

En España, aproximadamente el 15% de las parejas que están en etapa fértil tienen dificultades para conseguir un embarazo, aunque puede que este porcentaje sea mayor, debido a que hay parejas con estas dificultades que no piden ayuda médica. Cerca del 70% de las parejas que intenta tener hijos por medio de reproducción asistida lo consiguen en un periodo que varía desde meses a 5 años aproximadamente (Sociedad Española de Fertilidad, 2011)

La OMS considera la esterilidad como una enfermedad en la que hay una discapacidad para que una pareja consiga un embarazo después de un año manteniendo relaciones sexuales sin protección (Zegers, et al. 2010; ESHRE, 2015).

Cada vez más parejas en España recurren a estos tratamientos a causa de que las tasas de infertilidad van en aumento, estos tratamientos han evolucionado mucho, en parte debido a esta gran demanda, nuestro país es uno de los países de Europa que más utiliza estas técnicas (Matorras, 2011; SAS, 2015)

En la actualidad, la mujer lleva años integrada en el terreno laboral, esto ha conllevado cambios en los roles de parejas y familias y ello influye también en la edad de la maternidad, en muchos casos se decide retrasar la edad para poder evolucionar profesionalmente (López et al. 2011).

La crisis económica y la inestabilidad laboral que se vive en estos momentos también ha supuesto un retraso tanto en la edad de contraer matrimonio como en la de tener hijos ya que supone un gasto económico importante (Castro, Martín y Abellán, 2015).

Los hábitos tóxicos como el consumo de alcohol, drogas y tabaco además de no protegerse de las enfermedades de transmisión sexual, tienen un efecto nocivo para la fertilidad ya que puede entre otras cosas, cambiar la calidad del semen y de los óvulos (Roa, 2012).

Objetivo

El objetivo de este trabajo de investigación teórica es analizar el estado de la cuestión a través de una revisión sistemática sobre diferentes artículos acerca de la esterilidad femenina y masculina y como las distintas técnicas de reproducción asistida que hay presentes en la actualidad ayudan y favorecen a las parejas en su decisión de ser padres disminuyendo así la ansiedad que ocasiona dicha infertilidad.

Metodología

Bases de datos

Se ha realizado una revisión de la literatura científica basada en artículos publicados sobre la reproducción asistida, en las bases de datos (Medline, Cochrane y Cuiden) que se amplió con el buscador "Google académico, así como en libros de reproducción, fertilidad y esterilidad escritos por expertos.

Descriptor

Los descriptores utilizados fueron, reproducción asistida, esterilidad femenina, esterilidad masculina, fecundación in vitro (FIV), ovodonación, vientre de alquiler; y sus correspondientes términos en inglés: Assisted reproduction, female sterility, male sterility, in vitro fertilization, ovodonation, y rent belly

Fórmulas de búsqueda

Las fórmulas de búsqueda empleada a través de los operadores booleanos son las siguientes: reproducción asistida AND esterilidad femenina, reproducción asistida AND esterilidad masculina y añadiendo ADN procedimientos sanitarios de reproducción.

Resultados

Las causas fundamentales por las cuales no se puede concebir, se distinguen en 3 clases:

Esterilidad en la mujer, esterilidad en el hombre y esterilidad idiopática (Sociedad Española de Fertilidad, 2011; Sánchez, 2012; Gómez, 2011).

Causas de esterilidad en la mujer:

La edad de la mujer influye en su fecundidad, ya que cuanto mayor va siendo ésta se va reduciendo su competencia reproductiva. El momento álgido de la mujer en cuanto a fecundidad es entre los 20 y 24 años, y a partir de los 35 se produce un descenso brusco y cuando se entra en la etapa de los 40 la fertilidad está ya muy limitada, puesto que el número y la calidad de los óvulos es muy inferior (Gallardo y Salguero, 2014; Rodríguez y Méndez, 2015).

Las alteraciones ovulatorias son responsables de entre el 15% y 25% de que una mujer sufra esterilidad, ya que causa problemas en la maduración folicular impidiendo que salga el óvulo para ser fecundado (Gallardo y Salguero, 2014; Gómez, 2011).

El síndrome del ovario poliquístico es un problema relativamente común el que existen múltiples quistes pequeños en el ovario, entre otros síntomas, producen desajustes en la menstruación e infertilidad (Del Castillo y Martínez, 2014; Bonilla y Pellicer, 2007).

La endometriosis es una proliferación de tejido endometrial en el exterior del útero como por ejemplo en la vejiga, ovario e intestino. Causa dolores, desajustes ovulatorios y menstruales, entre otros (Gómez, 2011; Bonilla y Pellicer, 2007).

Las afecciones en las trompas de Falopio causan un importante número de casos (cerca del 40%) ya que es aquí donde tiene lugar la fecundación (Sánchez, 2012; Gallardo y Salguero, 2014; Garrido, 2015).

La enfermedad inflamatoria pélvica (EPI) es una infección en el útero, trompas de Falopio u ovarios, causada por situaciones como por una enfermedad de transmisión sexual (ETS), en el parto o en la colocación del DIU, etc. Causa dolor, fiebre, sangrado y puede llegar a causar esterilidad (Bonilla y Pellicer, 2007).

Anomalías uterinas como tumores, malformaciones, pólipos, infecciones (Sánchez, 2012; Gallardo y Salguero, 2014; Bonilla y Pellicer, 2007).

Esterilidad de origen inmune, en este caso el sistema inmunológico de la mujer crea anticuerpos contra los espermatozoides y los elimina.

Hay otras causas exógenas y por lo hábitos de vida inadecuados que se vinculan con los problemas de fecundidad y complicaciones en la gestación como pueden ser tener un peso excesivamente alto o bajo que puede conllevar a trastornos endocrinológicos y afectar a la reproductividad (Revilla 6,7) Además de estar en contacto con productos químicos tóxicos y consumir como anteriormente se ha descrito alcohol, tabaco y drogas (Gallardo y Salguero, 2014).

Causas de esterilidad en el hombre:

Alrededor del 40% de las parejas que no pueden concebir las causas se deben a problemas e el varón. A diferencia de en la mujer, hay opiniones contradictorias en la comunidad científica con respecto a que la edad del hombre influya de manera negativa en la fecundidad, pero se han reportado estudios en los que el número de bebés nacidos disminuye con el aumento de la edad del padre, más o menos a la misma edad que empieza a disminuir la capacidad reproductiva de la mujer (Sociedad Española de Fertilidad, 2011; Gallardo y Salguero, 2014).

Los problemas eyaculatorios causados por medicamentos, traumatismos, enfermedades del metabolismo o psicológicas, pueden provocar que no haya eyaculación, que ésta penetre en la vejiga o que se produzca de manera precoz (Sánchez, 2012; Gallardo y Salguero, 2014; Bonilla y Pellicer, 2007).

Problemas seminales, esto hace referencia al número y a la calidad de los espermatozoides, puede ocurrir que no existan espermatozoides en el líquido seminal, que haya muy pocos o que la forma, velocidad y movimiento no sean los adecuados (Sánchez, 2012; Bonilla y Pellicer, 2007; Maestre, 2014).

Varicocele que es la inflamación de las venas que hay a lo largo del cordón espermático, por lo que no se drena la sangre como debería, la temperatura de los testículos aumenta, se produce una reducción de testosterona y una lesión en las células seminales (Sánchez, 2012; Gallardo y Salguero, 2014).

Desordenes genéticos y cromosómicos son uno de los mayores responsables, existen múltiples afecciones y no sólo influyen en el sistema reproductivo sino también en otras partes del organismo (Sociedad Española de Fertilidad, 2011; Gallardo y Salguero, 2014; Bonilla y Pellicer, 2007).

Del mismo modo que en la mujer, los hábitos de vida inadecuados como el sobrepeso, las ETS, el consumo de sustancias nocivas, etc. afectan de manera negativa a la capacidad reproductiva del hombre (Gallardo y Salguero, 2014).

Causas de esterilidad de origen desconocido o idiopática:

Esto ocurre en un porcentaje bajo de los casos, en el que los dos miembros de la pareja, hombre y mujer, son evaluados y tienen resultados normales individualmente, pero luego no consiguen un embarazo.

Diagnóstico:

En cuanto al diagnóstico, para realizarlo de manera correcta hay que:

Realizar una adecuada Anamnesis, en la que se pregunta a ambos miembros de la pareja sobre sus antecedentes médicos familiares, enfermedades previas, edad, fármacos, a la mujer por sus ciclos menstruales y datos obstétrico-ginecológicos. Se les hará una exploración física, para comprobar su índice de masa corporal (IMC), presión arterial, se les examinarán los genitales, a la mujer las mamas también.

Se les realizará un análisis de sangre para comprobar su estado general incluida serología. A la mujer se le pedirá también de hormonas en distintos días del ciclo menstrual. Al hombre se le realizará un mínimo de 2 analíticas del semen para comprobar el estado de los espermatozoides y la cantidad de los mismos. A ella además será necesario efectuarle un cultivo de exudado vaginal, una citología, ecografía transvaginal, una histerosalpingografía que es un estudio de la morfología uterina y la penetrabilidad de las trompas de Falopio (Matorras, 2007; SAS, 2015).

Tratamiento:

Respecto al tratamiento, existen diferentes técnicas de reproducción asistida, para optar por ellas es imprescindible en el sistema de salud español, ser mayor de edad, no haber cumplido los 40, tener acreditada la discapacidad reproductiva y tienen preferencia las parejas sin hijos, frente a los que ya tienen alguno (Sánchez, 2012; Gallardo y Salguero, 2014). Fundamentalmente se utilizan los siguientes procedimientos de reproducción asistida:

Inseminación artificial:

Es la elección en la que se debe pensar primero en situaciones como esterilidad idiopática, endometriosis debajo grado, cuando la forma, movilidad y cantidad de espermatozoides es inferior a la que se necesita, y en algunos casos durante la espera de que se pueda llevar a cabo la fecundación in vitro (Sánchez, 2012; Gallardo y Salguero, 2014; SAS, 2015).

Este método se basa en colocar espermatozoides en la región uterina, que han sido capacitados, es decir, de manera artificial se les ha cambiado su estructura y movilidad como ocurre normalmente después de la eyaculación para que puedan introducirse en la membrana que cubre el óvulo y poder fecundarlo. Para que esto ocurra, previamente se ha estimulado la ovulación de la mujer mediante fármacos hormonales, debe de tener una apropiada reserva de óvulos y como mínimo una de las trompas de Falopio tiene que ser factible para permitir el acceso a los espermatozoides, que en el análisis del semen se compruebe que tienen más de 6 millones de espermatozoides con una

estructura normal, así como adecuada movilidad, la mujer debe de tener menos de 38 años (Matorras, 2007; Matorras, Hernández, y Molero, 2008).

El semen puede ser de la pareja (inseminación artificial conyugal) o procedente de un donante (inseminación artificial de donante) (SAS, 2015).

Por lo tanto, los pasos a seguir en primer lugar serían, la estimulación ovárica con hormonas gonadotropinas para incrementar la producción de óvulos y provocar la ovulación, se empieza entre el tercer y quinto día del ciclo y continua unos diez días más, cuando algunos folículos llegan al tamaño de 18 mm, ese es el momento de aplicar la hormona gonadotropina coriónica que provocará la ovulación. Previamente se ha recogido una cantidad de semen al cual se le hace la capacitación y selección de los mejores espermatozoides. Es necesario que durante los tres días antes no mantengan relaciones sexuales. Cuando pasan 36 horas después del inicio de la ovulación es cuando se realizará la inseminación artificial, se aplica el semen canalizando el útero mediante una sonda especial y visión ecográfica. Después la paciente reposará tumbada unos 15 minutos. Posteriormente la paciente tendrá que suministrarse en la vagina progesterona (Matorras, 2007; Brassesco, 2011).

Fecundación in vitro (FIV):

Hace referencia al procedimiento por el cual fecunda el espermatozoide un óvulo fuera del útero, en el laboratorio. Existen dos maneras de realizarlo, la fecundación in vitro por transferencia de embriones (FIV/TE) o por inyección intracitoplasmática de espermatozoides. (ICSI), el uso de esta última técnica va en aumento.

Se aplica en situaciones en las que la mujer tiene más de 38 años, defectos en las trompas de Falopio, endometriosis, baja calidad de los ovocitos y baja calidad del semen, además de aquellos casos en los que la inseminación artificial haya sido infructuosa, entre otros (Matorras, 2007; SAS, 2015; Matorras, Hernández, y Molero, 2008).

En la FIV por transferencia de embriones y la inyección intracitoplasmática se eligen los óvulos y espermatozoides en mejores condiciones, pero se diferencian entre ellos en que en la FIV/TE se une el espermatozoide al óvulo de forma espontánea y en la ICSI se inyecta el espermatozoide en el óvulo de manera artificial, a esta segunda opción se recurre cuando la calidad del esperma está muy devaluada (Bonilla y Pellicer, 2007). La FIV se lleva a cabo de la siguiente forma:

En primer lugar, se administra un tratamiento a la mujer con análogos de la GnRH para que el óvulo se encuentre en reposo y pueda comenzar un nuevo ciclo, después se pasa al tratamiento hormonal pero esta vez para estimular los ovarios y se desarrollen los óvulos. Todo ello controlado mediante ecografías y analíticas. Una vez se han estimulado los ovarios, 36 horas más tarde se procede a la punción folicular por vía vaginal para extraer los óvulos, y para ello hay que sedar a la paciente. Una vez extraídos los óvulos, se inseminan en el laboratorio de manera espontánea o mediante inyección intracitoplasmática con esperma de la pareja o de donante, cuando ya están fecundados los óvulos serán supervisados durante unos tres días y después se implantan hasta como máximo 3 embriones elegidos, en el útero de la paciente (este proceso es conocido como transferencia embrionaria) y después la mujer debe reposar media hora (Matorras, 2007).

Al igual que la FIV se puede realizar con esperma de donante, también existe la posibilidad de realizarla con ovocitos donados, en aquellos casos en los que las mujeres tienen una disfunción ovárica importante, algunas anomalías genéticas y fracasos de repetición en FIV/TE, en este caso se procedería a capacitar al endometrio de la mujer para que este en las condiciones idóneas de conseguir la implantación de embriones transferidos.

La fecundación en el laboratorio y la transferencia de embriones se realizaría de la misma forma, con la diferencia de que el óvulo utilizado en la fecundación sería de una mujer distinta a la gestante. (Sociedad Española de Fertilidad, 2011; Gallardo y Salguero, 2014; Bonilla y Pellicer, 2007).

Ovodonación:

Consiste el procedimiento por el cual la mujer puede quedarse embarazada, el embrión obtenido es gracias a la donación de óvulos de un donante anónimo y a los espermatozoides de la pareja, cónyuge o un donante.

Dicho procedimiento es utilizado principalmente en mujeres donde la calidad de sus ovarios es baja, poseen mal funcionamiento o presentan un número bajo de ovocitos para poder quedarse embarazadas. También pueden optar a dicha técnica las mujeres con carencia de ovarios o menopausia precoz. Pero el agente o causa más importante es la relacionada con la edad de dichas pacientes, que oscilan entre los 42 y 45 años, su probabilidad de embarazo en esas edades tanto con sus propios óvulos o mediante la fecundación in vitro es considerada baja.

Discusión/Conclusiones

Se En la actualidad cada vez se incrementan más las cifras de parejas que sufren infertilidad, uno de los principales factores es el retraso de la edad en la que las parejas se disponen a tener hijos, ya que como hemos reflejado, las parejas deciden posponer tanto el matrimonio como la maternidad y paternidad por motivos tanto profesionales, ya que hoy en día la mujer está integrada en la vida laboral y el cambio en los roles familiares y profesionales hacen que muchas veces sea necesario esperar para desarrollarse profesionalmente, además de la crisis económica que vivimos en estos momentos que dificulta tener una estabilidad laboral y por tanto económica y mantener una familia supone un gasto económico importante. Por ello sería necesario que hubiese mayores medidas que hicieran más fácil conciliar la vida familiar y la profesional, ya que en muchos casos se evitaría tener que recurrir a estos métodos que suponen una fuerte presión psicológica en las parejas y el riesgo de complicaciones derivado del uso de estas técnicas invasivas.

Los hábitos de vida inadecuados como el consumo de alcohol, tabaco y drogas además de no protegerse en las relaciones sexuales para no contraer enfermedades de transmisión sexual provocan en muchos casos problemas de esterilidad e infertilidad por lo que sería importante realizar un mayor esfuerzo, si cabe, en concienciar e informar a la población sobre la prevención de este tipo de factores negativos.

Para los casos en los que desgraciadamente no se pueden prevenir estos problemas, y debido a la cada vez mayor demanda de estas técnicas sería conveniente apoyar e invertir en el desarrollo de estos métodos de reproducción asistida para ayudar a muchas parejas a conseguir lo más preciado que es un hijo.

Referencias

- Brassesco, M. (2011). *Manual de Andrología de la Sociedad Española de Fertilidad*. Barcelona: Edikamed.
- Bonilla, M.F., y Pellicer, A. (2007). *Obstetricia reproducción y ginecología*. Buenos Aires y Madrid: Editorial Medica Panamericana.
- Castro, M.T., Martín, G.T., Abellán, A., Pujol, R., y Puga, D., (2015). Tras las huellas de la crisis económica en la demografía española. *Panorama Social*, (22).
- Del Castillo, T.F., Martínez, O.A., y Del Castillo, T.R. (2014). Guía de práctica clínica de síndrome de ovario poliquístico. *Archivos de medicina*, 10.
- ESHRE, *Assisted Reproductive Technology- Glossary*, (2015). Disponible en: <https://www.eshre.eu/Guidelines-and-Legal/ART-glossary.aspx>.
- Gallardo, T.C., y Salguero, C.R., (2014). Factores relacionados con el incremento de la infertilidad. *Metas de enfermería*, 4(17), 13-18.
- Garrido, C.L., (2015). *Esterilidad femenina debida a un factor tubárico*. Disponible en: <http://www.reproduccionasistida.org/factor-tubarico-o-tuboperitoneal/>.
- Gómez, A.A., (2011). Infertilidad femenina. *Ámbito Farmacéutico. Divulgación Sanitaria*, 30(5), 60-65.
- López, M.N., Palacios, O.S., Fernández, P.M., Chinchilla, A.N., y Beunza, S.M., (2011). Retraso de la edad de la procreación e infertilidad. El recurso a la reproducción asistida y selección de embriones. El problema intergeneracional. *Cuad Bioét*, 22 (3), 325-340.
- Maestre, F.C., (2014). *Esterilidad masculina debida a un factor espermático*. Disponible en: <http://www.reproduccionasistida.org/esterilidad-masculina-debida-a-un-factor-espermatico/>
- Matorras, R., y Hernández, J. (2007). *Estudio y tratamiento de la pareja estéril*. Recomendaciones de la Sociedad Española de Fertilidad con la colaboración de la Asociación Española para el estudio de la Biología de la Reproducción, la Asociación Española de Andrología y la Sociedad Española de Contracepción.
- Matorras, R., Hernandez, J., y Molero, D., (2008). *Tratado de Reproducción humana para enfermería*. Madrid: Editorial Medica Panamericana.
- Matorras, W.R., (2011). *La infertilidad en España. Situación actual y perspectivas*. Libro blanco Sociosanitario. Madrid: Imago Concept & Image Development.
- Roa, M. (2012). La infertilidad como problema de salud pública en Perú. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*, 2 (58).

Rodríguez, M.K., y Méndez, V.J., (2015). Factores clínico-terapéuticos que influyen en el logro de embarazo en pacientes tratadas por fertilización in vitro. *Revista Cubana de endocrinología*, 26 (2), 108-123.

Sánchez, G.R., (2012). *Reproducción humana asistida*. Colección Enfermería S21. Madrid: Difusión Avances de Enfermería (DAE), 219-230.

Servicio Andaluz de Salud. Junta de Andalucía, (2015). *Guía de Reproducción Humana asistida en el Sistema Sanitario Público de Andalucía*. Sevilla: Dirección General de Asistencia Sanitaria y Resultados en salud.

Sociedad Española de Fertilidad, (2011). *La infertilidad en España: Situación actual y perspectivas*. Libro blanco Sociosanitario. Madrid: Sociedad Española de Fertilidad.

Zegers-Hochschild, F., Adamson, G., De Mouzon, J., Ishiara, O., Mansour, R., y Nygren, K., (2010). *Glosario de terminología en técnicas de reproducción asistida (TRA)*. Versión revisada y preparada por el international committee for monitoring assisted reproductive technology (ICMART) y la organización mundial de la salud (OMS). Recuperado de: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/infertility/art_terminology2/es/.

CAPÍTULO 5

Atención a los síntomas asociados a la radioterapia

Rosa María Ortega Visiedo*, Antonia Córdoba Serrano**, y Verónica Cruz Ramón**

**Hospital de Jerez; **Hospital Torrecárdenas*

Introducción

El tratamiento con radiaciones ionizantes se conoce como radioterapia, utilizado para distintas neoplasias. Sobre el 60% de los pacientes que se les diagnostica una neoplasia reciben radioterapia, como tratamiento único o combinado a quimioterapia o cirugía, ya sea con un fin curativo o paliativo, para aliviar los síntomas que pueda causar la enfermedad en el paciente y mejorar su calidad de vida (Levin, Lefble, y Gutin, 2003; Casado, 2001).

La aparición de síntomas debidos a la radioterapia dependerá del tipo de técnica elegida, la dosis de radiaciones ionizantes aplicadas y del tipo de patología. Estos efectos pueden ser agudos o crónicos; aparecen al comenzar el tratamiento y normalmente desaparecen al finalizarlo, los efectos agudos. Los crónicos aparecen después de finalizar el tratamiento y se mantienen a lo largo de tiempo (Incrocci, Koper, Hop, y Slob, 2001).

Los tipos de tratamiento radioterápico son radioterapia externa, braquiterapia y radioterapia metabólica.

La radioterapia externa es lo que conocemos como tratamiento radioterápico, administrando radiaciones mediante un acelerador lineal. La braquiterapia consiste en mantener en contacto directo la radiación ionizante contenida en un isótopo radiactivo con el tumor, pudiendo ser según la zona: braquiterapia endocavitaria (la fuente radiactiva se encuentra dentro de una cavidad del organismo como el útero, esófago, etc.) o braquiterapia intersticial (el isótopo radiactivo se mantiene en el interior de un órgano en contacto directo con el tumor como el caso de la piel, próstata, mama, etc.). La radioterapia metabólica consiste en administrar por vía oral o intravenosa el isótopo radiactivo, distribuyéndose por todo el organismo, absorbiéndose en los tejidos que mayor afinidad tengan por el mismo.

Independientemente del origen de la radioterapia, esta va a provocar un efecto biológico en las células tumorales, dañando su ADN (Levin, 2001; Casado, 2001; Camidge y Price, 2001).

Objetivo

El control de los síntomas de pacientes sometidos a tratamientos de radiaciones ionizantes es uno de los objetivos de la radioterapia. En este estudio se evalúa la eficacia de la radioterapia teniendo en cuenta los efectos agudos o crónicos que este tipo de tratamiento puede provocar en los pacientes; como estos síntomas pueden ser un obstáculo para el desarrollo del tratamiento incluso la finalización de este o cuadros leves que los pacientes experimentan sin dificultad.

Metodología

Bases de datos

De la bibliografía consultada para este estudio se han seleccionado 10 documentos de un total de 26 publicaciones seleccionadas.

Descriptor

La búsqueda se realizó utilizando los siguientes descriptores en inglés: radiotherapy, oncology, treatment, pathologic, treble y chronic effects. En español: oncología, radioterapia, tratamiento, patología, efectos crónicos y agudos.

Fórmulas de búsqueda

La estrategia de búsqueda se limita a incluir artículos publicados en español e inglés recientes, utilizando descriptores: radioterapia externa, braquiterapia, radioterapia metabólica, alternativa a la cirugía, calidad de vida a largo plazo, síntomas y efectos secundarios causados por la radioterapia.

Se realizó un análisis de los artículos seleccionados con el objetivo de destacar los de mayor interés, valorando la calidad de vida de los pacientes en esta técnica avanzada como es la radioterapia.

Resultados

Las radiaciones ionizantes suelen provocar unos efectos que puede experimentar cada paciente sometido a este tratamiento.

Los efectos que provocan las radiaciones van a estar condicionados por distintos factores:

- ☐ Físicos: dependen del tipo de energía ionizante utilizada.
- ☐ Químicos: la fisiología de las células pueden modificar la respuesta.
- ☐ Biológicos: las células pueden encontrarse en periodos sensibles de su ciclo.

Cuando las células tumorales o las sanas han absorbido la radiación, pueden producirse dos mecanismos, la recuperación de la célula después del daño o la muerte celular. El tipo de recuperación de cada célula va a depender:

- ☐ Dosis administrada: cuanto mayor dosis, la célula sufrirá mayor daño y menor grado de regenerarse.
- ☐ Tamaño del campo de tratamiento: cuanto mayor sea el campo de tratamiento, la recuperación de los tejidos sanos sometidos a la radiación será menor.
- ☐ Capacidad de división: la capacidad de reparar el daño de la célula dependerá de la capacidad de división del tejido irradiado.

Los efectos secundarios del tratamiento con radioterapia serán distintos en cada paciente, algunos terminan los tratamientos sin ningún efecto secundario, otros experimentan efectos leves y otros experimentan efectos más graves. Los efectos secundarios de cada paciente van a depender de la dosis del tratamiento y de la patología y la zona tratada (Miralles, Casado, 2001, Camidge y Price 2001, Sutherland y Browman, 2001)

Los efectos agudos van a aparecer días después de iniciar el tratamiento y suelen desaparecer al finalizarlo o días después. Los efectos crónicos serán los experimentados meses después de finalizar el tratamiento y suelen ser permanentes.

Los efectos más frecuentes que provoca la radioterapia son la fatiga y los cambios en la piel, como también el cansancio (Casado, 2001; Levin, Lefble, y Gutin, 2003; Camidge y Price, 2001).

	Aguda	Crónica
Piel	Eritema/descamación	Atrofia/fibrosis
Gastrointestinal	Náusea/diarrea	Obstrucción intestinal
Urinaria	Cistitis	Hematuria/fístula
ORL	Mucositis/ sequedad de boca	Disminución de la secreción de saliva/caries dental

Efectos secundarios cutáneos: Alopecia: suele afectarse el área expuesta a la radiación total o parcialmente, siendo irreversible por encima de 50Gy. Cuando se administran dosis menores, el pelo suele volver a crecer tras terminar el tratamiento.

Dermitis aguda: este efecto puede ser el más frecuente de la radioterapia apareciendo en los primeros días con dosis administradas de 20-40Gy, siendo más importantes esta afectación en tumores de mama, pulmón, cabeza y cuello.

Dermitis crónica: la piel se vuelve delgada y vulnerable, tras un periodo de algunos años después del tratamiento, incluso pequeños traumatismos que provocan ulceraciones de difícil cicatrización.

Efectos secundarios digestivos: Enteritis aguda: es provocada por la necrosis de las células. Un 75% de los pacientes puede experimentar complicación aguda con dosis mayores de 50Gy. Un 10-15% de pacientes pueden experimentar enteritis crónica.

Esofagitis: estos efectos suele ser común en patología de cabeza y cuello, pulmón o tórax.

Vómitos: este tipo de efecto no suele ser una norma en el tratamiento de radioterapia pero en los pacientes que lo experimentan aparecen entre las seis y ocho horas tras la irradiación, si suele ser más frecuente la sensación de náuseas.

Efectos secundarios orales: Suelen ser frecuentes en pacientes con neoplasias en cabeza y cuello, comprometiendo la calidad de vida del paciente provocando serios problemas nutricionales.

Mucositis: la radiación provoca la inflamación de la mucosa. Sobre el 70-90% de los pacientes irradiados por tumores de cabeza y cuello suelen desarrollar mucositis, ocasionando el cese del tratamiento. El paciente puede presentar dolor, quemazón, dificultad para deglutir, sequedad de boca.

Xerostomía: las glándulas salivares son sensibles y se ven muy afectadas por la radiación disminuyendo la producción de saliva. La disminución de saliva de las papilas gustativas, va a ocasionar cambios en el sentido del gusto, pudiendo verse alterada la nutrición del paciente.

Efectos secundarios genitourinarios: Cistitis: sobre el 40% de los pacientes tratados de adenocarcinoma de próstata suelen verse afectados, como efecto crónico la cistitis hemorrágica con distinta gravedad.

Impotencia: el 40 y el 70% de irradiados en pelvis, existiendo diversas terapias para su mejora.

Disfunción hormonal: la radioterapia en la pelvis de las mujeres puede afectar a las funciones ováricas, pudiendo provocar pérdida de la fertilidad con dosis de 5 a 20 Gy y menopausia precoz con dosis de 30 Gy. Los hombres pueden experimentar necrosis de espermatogonias y células germinales por irradiación pélvica.

Otros efectos secundarios: Sistema nervioso central: la administración de la radioterapia en la cabeza puede provocar cefaleas, déficit intelectual y de memoria. En médula espinal puede provocar parestesias, disfunciones motoras, pérdida de control esfinteriano, síndrome de L'Hermitte, incluso síndrome de Brown-Sequard.

Pulmón: la radioterapia con quimioterapia concomitante puede provocar una neumonitis aguda, con reacción local de la zona expuesta a la irradiación con tos, esputos y dolor.

Corazón: terminado el tratamiento, a los ocho y doce meses puede aparecer derrame pericárdico, en pacientes menores de veinte años suele ser más frecuente.

Riñón: la radioterapia puede provocar nefropatía, presentando síntomas como cefalea, oliguria y edemas, aumento de la presión arterial, hematuria.

Alteraciones hematológicas: la irradiación de la médula ósea provoca alteraciones hematológicas con pérdida de las células progenitoras.

Discusión/Conclusiones

La radioterapia es un tipo de tratamiento muy efectivo para controlar las enfermedades neoplásicas, consiguiendo la supervivencia de la enfermedad. También resulta un tratamiento fundamental para el control de síntomas de la enfermedad avanzada mejorando la calidad de vida del paciente.

Las técnicas avanzadas de imagen y de planificación de los tratamientos, permite la optimización de la dosis localizada en el tumor, evitando dosis innecesarias en los tejidos sanos adyacentes al tumor y disminuyendo los efectos secundarios.

La mayoría de los efectos secundarios suelen desaparecer una vez terminado el tratamiento radioterápico, siendo menos frecuentes algunos efectos crónicos, pudiendo ser debido al mal uso de las técnicas utilizadas para la irradiación tumoral.

Se puede concluir que las ventajas y los beneficios de la radioterapia, así como sus avances que son cada día mejores, son mayores que la presencia y el malestar de los efectos secundarios (Wasserman et al., 2000; Browman, Wong, y Hodson, 1993; Camidge y Price, 2001; Incrocci, Koper, Hop, y Slob, 2001; Sutherland, 2001).

Referencias

- Boström, A., Lindman, H., Swartling, C., Berne, B., y Bergh, B. (2001). Potent corticosteroid cream (mometasone furoate) significantly reduces acute radiation dermatitis: results from a double-blind, randomized study. *Radiotherapy and Oncology*, 59(3), 257-265.
- Browman, G.P., Wong, G., y Hodson, I. (1993). Influence of cigarette smoking on the efficacy of radiation therapy in head and neck cancer. *N Engl J Med*, 328(3), 159-463.
- Camidge, R., y Price, A. (2001) Characterizing the phenomenon of radiation recall dermatitis. *Radiotherapy and Oncology*, 59, 237-245.
- Huang, E.Y., Leung, S.W., y Wang, C.J. (2000). Oral glutamine to alleviate radiation-induced oral mucositis: a pilot randomized trial. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*, 46(3), 535-539.
- Incrocci, L., Koper, P., Hop, W., y Slob, A.K. (2001). Sildenafil citrate (viagra) and erectile dysfunction following external beam radiotherapy for prostate cancer: A randomized, doubleblind, placebo-controlled, cross-over study. *Internacional Journal of Radiation Oncology Biology Physics*, 51, 1190-1195.
- Levin, V.A., Leible, S.A., y Gutin, P.H. (1997). Neoplasias del Sistema Nervioso Central. En V.T. DeVita, S. Hellman, S.A. Rosemberg (Eds.), *Cancer Principios y Práctica de Oncología. 5ª edición*. Filadelfia: Lippincott-Raven.
- Mc Donald, S., Rubin, P., y Phillips, T.L. (1995). Injury to the lung from cancer therapy: clinical syndromes, measurable endpoints and potential scoring systems. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*, 31(5), 1187-1203.
- Miralles, L., y Casado, E. (2001). Protocolo diagnóstico y terapéutico de la toxicidad crónica por la radioterapia. *Medicine*, 57, 3071-3074.
- National Cancer Institute (2016). *Radiation therapy and you: Support for People With Cancer*. Recuperado de: <https://www.cancer.gov/publications/patient-education/radiation-therapy-and-you>
- Solan, M.J., Brady, L.W., y Fitzpatrick, P.J. (2013) Skin. En C.A. Perez y L.W. Brady (Eds.), *Principles and practice of radiation oncology*. Filadelfia: Lippincott-Raven Publishers.
- Stewart, J.R., Fajardo, L.F., y Guillelte, S.H. (1995). Radiation injury to the heart. *Int J Radiat Oncol Biol Phys*, 31(5), 1205-1211.
- Sutherland, S., y Browman, G. (2001). Prophylaxis of oral mucositis in irradiated head and neck cancer patients: a proposed classification scheme of interventions and meta-analysis of randomized controlled trials. *Internacional Journal of Radiation Oncology Biology Physics*, 49, 917-930.
- Symons, R.P. (2001). Recent advances: Radiotherapy. *BMJ*, 323, 1107-1110.
- Trotti, A., Byhardt, R., Stetz, J., Gwede, C., Corn, B., y Fu, K. (2000). Common toxicity criteria: version 2.0. an improved reference for grading the acute effects of cancer treatment: impact on radiotherapy. *Internacional Journal of Radiation Oncology Biology Physics*, 47, 13-17.
- Verdú, J.M., Algara, M., Foro, P., Domínguez-Tarragona, M., y Blanch, A. (2002). Atención a los efectos secundarios de la radioterapia. *MEDIFAM*, 12(7), 426-435. Recuperado de: SciELO.isciii.es/pdf/medif/v12n7/colabora.PDF
- Wasserman, T., Mackowiak, J.I., Brizel, D.M., Oster, W., Zhang, J., y Peeples, P.J. (2000). Effect of amifostine on patient assessed clinical benefit in irradiated head and neck cancer. *Internacional Journal of Radiation Oncology Biology Physics*, 48, 1035-1039.
- Zelesky, M.J., Ginor, R., Fucks, Z., y Leibel, S.A. (1999). Efficacy of selective alpha-1 blocker therapy in the treatment of acute urinary symptoms during radiotherapy for localized prostate cancer. *Internacional Journal of Radiation Oncology Biology Physics*, 45, 567-570.

CAPÍTULO 6

Validación de la versión española del Inventario del Trastorno por Dismorfia Muscular en una muestra de estudiantes universitarios

Laura Galiana LLinares, Laura Badenes-Ribera, y María C. Fuentes Durán
Universitat de València, Departamento de Metodología de las Ciencias del Comportamiento

Introducción

Tradicionalmente, los desórdenes relacionados con la imagen corporal y las conductas alimentarias se han relacionado con las mujeres, realizándose la mayor parte de las investigaciones en esta población. Sin embargo, en los últimos años ha crecido el interés científico por recoger evidencia sobre cómo los hombres experimentan estas presiones, pudiendo también provocarles trastornos en la imagen corporal (Dakanalis et al., 2015; Goltz, Stenzel, y Schneider, 2013; Grieve, 2007).

En el caso de los hombres, por oposición a las mujeres, no parece que se persiga un cuerpo delgado y pequeño, sino que se persigue conseguir mayor musculación y volumen (Cafri, Strauss, y Thompson, 2002; Pope et al., 2000; Stanford y McCabe, 2002; Stanford y McCabe, 2005), lo que suele relacionarse con masculinidad, poder, dominio, fuerza y, en general, falta de feminidad (Mishkind et al., 1986; Pope, Phillips, y Olivardia, 2000; Wesely, 2001).

En este contexto, mantener una adecuada forma física muscular puede conllevar el uso de estrategias poco saludables, originando lo que se conoce como dismorfia muscular (DM en adelante). La DM es un trastorno de la imagen corporal, que tradicionalmente se presenta en varones que se perciben con poca muscularidad y muestran una creciente preocupación por aumentar su masa muscular hasta conseguir una forma del cuerpo “ideal” (Grieve, 2007; Grieve y Shacklette, 2012; Grieve, Truba, y Bowersox, 2009; Olivardia, 2001; Pope, Gruber, Choi, Olivardia, y Phillips, 1997). Los primeros en identificar este trastorno fueron Pope, Katz, y Hudson (1993), en un estudio sobre los efectos psiquiátricos del uso de esteroides en culturistas. Estos autores encontraron como algunos culturistas mostraban distorsiones en su imagen corporal, percibiéndose más pequeños y débiles de lo que eran en realidad. Pope et al. (1997) identificaron el trastorno como “anorexia inversa”, para después renombrarlo como dismorfia muscular. La DM es similar a los trastornos de la conducta alimentaria en la medida en que ambos conllevan una preocupación por los defectos del cuerpo y el uso de varias técnicas para intentar cambiarlos. No obstante, mientras que los trastornos de la conducta alimentaria se caracterizan por patrones patológicos de ingesta, la DM lo hace por patrones de ejercicio patológicos, siendo la dieta un foco secundario (Pope et al., 1997).

Los problemas asociados a la DM incluyen la interrupción de la vida y el funcionamiento cotidiano, con un impacto negativo tanto a nivel social, ocupacional y lúdico (Olivardia, 2001; Pope et al., 1997). Los sujetos con DM suelen informar de sacrificios en su vida diaria, evitación de situaciones sociales que impliquen exposición del cuerpo y problemas en las relaciones (Cafri et al., 2005; Giardino y Prociانو, 2012; Olivardia, 2001; Pope et al., 1997). Además, la DM pone en riesgo la salud y el bienestar físico, mental y emocional (Olivardia, 2001).

Por todos estos motivos, resulta de interés contar con herramientas que permitan diagnosticar este trastorno en la población. Entre los instrumentos de medida desarrollados a tal fin, destaca el Inventario del Trastorno por Dismorfia Muscular (*Muscle Dysmorphia Disorder Inventory, MDDI*), elaborado por Hildebrandt, Langenbucher y Schlundt (2004). Este instrumento fue desarrollado a partir de una adaptación del Inventario de Dismorfia Muscular (*Muscle Dysmorphic Inventory, MDI*; Schlundt, Woodford y Brownlee, 2000), que evalúa el nivel de malestar y angustia provocado por ser poco

musculoso. El MMDI, por su parte, se aproxima a las características de la DM con una perspectiva de tres factores: los aspectos cognitivos, emocionales y conductuales del trastorno. Como mejoras frente al MDI, merece la pena destacar el uso de ítems relacionados con el deterioro funcional (Hildebrandt et al., 2004; Santarnecchi y Dèttore, 2012), incorporado a las tres subescalas que incluye: deseo de talla (desire for size, DFS), intolerancia a la apariencia (appearance intolerance, AI) y deterioro funcional (functional impairment, FI). El deseo por talla incluye cuestiones sobre pensamientos de ser pequeño, poco musculado y más débil de lo deseado, o deseos de aumentar la talla y fuerza. La intolerancia a la apariencia se refiere a cuestiones sobre creencias negativas acerca del propio cuerpo que resultan en ansiedad por la apariencia o evitación de la exposición del cuerpo. Finalmente, el deterioro funcional consiste en cuestiones sobre comportamientos relativos a rutinas de ejercicio, emociones negativas que derivan de dichas rutinas e interfieren en la vida diaria, o evitación de situaciones sociales a causa de sentimientos negativos y preocupaciones sobre el cuerpo (Hildebrandt et al., 2004).

A pesar del amplio uso de la escala y sus buenas propiedades psicométricas (Hildebrandt et al., 2004), no se conoce su traducción y uso en el contexto español, así como tampoco estudios que aporten evidencia sobre la validez y fiabilidad de sus puntuaciones en muestras españolas. Por ello, el objetivo de este estudio es presentar la versión española del Inventario del Trastorno por Dismorfia Muscular, junto con sus propiedades psicométricas, en una muestra de estudiantes universitarios.

Método

Participantes

La muestra inicial estuvo compuesta por 279 estudiantes de primer y segundo curso del grado de Psicología. De ellos, el 72,4% fueron mujeres. La media de edad fue de 23,30 años ($DT = 7,07$). Nueve casos atípicos en edad ($z > 3,00$) fueron detectados y eliminados para los subsiguientes análisis, quedando la muestra reducida a 270 sujetos. De estos, 71,9% fueron mujeres y la media de edad fue reducida a 22,33 ($DT = 4,56$).

Instrumentos

La encuesta contó con diversos instrumentos relacionados con el bienestar y la salud. En este trabajo concreto se utilizó el el Inventario del Trastorno por Dismorfia Muscular (*Muscle Dysmorphia Disorder Inventory, MDDI*), elaborado por Hildebrandt et al. (2004). El MMDI es una escala de 13 ítems que evalúan tres dimensiones: deseo de talla (DFS), de cinco ítems, intolerancia a la apariencia (AI), con cuatro ítems, y deterioro funcional (FI), con otros cuatro ítems. Los ítems puntúan en una escala tipo Likert que oscila entre 1 (nunca) y 5 (siempre). Las propiedades psicométricas de la versión española de la escala son objeto de estudio y por tanto pueden consultarse en la sección de Resultados.

Con el objetivo de obtener evidencias de validez externa, se realizó una pregunta sobre la frecuencia con que los participantes realizaban ejercicios de pesas/musculación: *Experiencia en levantamiento de pesas ("culturismo")*.

Procedimiento

La encuesta se llevó a cabo después de las clases y tuvo una duración aproximada de 20 minutos. La participación fue voluntaria y anónima, con una tasa de participación aproximada del 70%. Durante la cumplimentación de la encuesta estuvieron presentes investigadores entrenados para ofrecer indicaciones y resolver dudas.

Análisis de datos

Para obtener evidencias de validez interna, se llevó a cabo un análisis factorial exploratorio (AFE), fijando el número de extraer a tres factores, tomando en cuenta la teoría de los autores originales de la

escala (Hildebrandt et al., 2004). Se escogió rotación oblicua, en concreto, el método Oblimin, dada la relación esperada entre las dimensiones del constructo.

Una vez clara la estructura interna de la versión española de la escala, se calculó un análisis de varianza multivariado (MANOVA) para obtener evidencias de validez externa. La variable independiente fue la experiencia en la realización de pesas/musculación y las dependientes fueron las tres dimensiones de la dismorfia muscular.

Finalmente, se llevaron a cabo análisis de fiabilidad. Para ello, se calculó el alfa de Cronbach para las dimensiones propuestas por los autores.

Resultados

En primer lugar, se comprobó el cumplimiento de supuestos para poder llevar a cabo un análisis factorial exploratorio. El valor del índice Kaiser-Meyer-Olkin mostró adecuación muestral para el AFE ($KMO = ,735$) y la prueba de esfericidad de Bartlett resultó estadísticamente significativa ($\chi^2(78) = 1378,06$, $p < ,001$). Los resultados del AFE apuntaron la existencia de tres factores que explicaron el 51,69% de la varianza (ver tabla 1).

Tabla 1. Varianza total explicada

Factor	Autovalores iniciales	% de la varianza	% varianza acumulada
1	3,35	19,38	19,38
2	2,92	19,33	38,72
3	1,73	12,97	51,69

En cuanto a las saturaciones factoriales de los ítems, estas fueron miméticas a los propuestas por los autores originales de la escala, a excepción del ítem 5 (ver saturaciones factoriales en tabla 2). El factor 3, compuesto por los ítems 1, 4, 6 y 8, correspondería a la dimensión de deseo de talla (DFS); el factor 2, compuesto por los ítems 2, 3, 7 y 9, a la intolerancia a la apariencia (AI); y el factor 1, compuesto por los ítems 10, 11, 12 y 13, al deterioro funcional (FI). El ítem 5 fue el único que no tuvo una saturación factorial alta en ninguno de los tres factores. Tomando como punto de partida estos resultados, el ítem 5 fue eliminado para la realización de los análisis posteriores.

Tabla 2. Matriz de estructura

Variable (ítem)	Factor		
	1	2	3
1. Creo que mi cuerpo es demasiado pequeño	,190	-,003	,664
2. Llevo ropa ancha para que la gente no pueda ver mi cuerpo	,047	,756	-,091
3. Odio mi cuerpo	,117	,752	-,018
4. Desearía poder ser más grande	,262	-,035	,803
5. Creo que mi pecho es demasiado pequeño	-,006	,026	,008
6. Creo que mis piernas son demasiado delgadas	,194	-,099	,611
7. Siento que tengo demasiada grasa corporal	,101	,764	-,107
8. Desearía que mis brazos fueran más grandes	,197	-,032	,680
9. Me da vergüenza dejar que la gente me vea sin camiseta	,035	,787	-,125
10. Me siento ansioso cuando pierdo uno o más días de entrenamiento	,589	,136	,276
11. Renuncio a actividades sociales con amigos a causa de mi horario de entrenamiento	,981	-,043	,217
12. Me siento deprimido cuando me pierdo uno o más días de entrenamiento	,643	,102	,287
13. Renuncio a oportunidades de conocer a gente nueva a causa de mi horario de entrenamiento	,784	-,004	,158

En cuanto a la evidencia de validez externa, el MANOVA mostró diferencias estadísticamente significativas en las medias de dismorfia muscular de los tres grupos con distinta experiencia en la realización de pesas (culturismo): $F(6, 520) = 12,867$, $p < ,001$, $\eta^2 = ,129$. Cuando se estudiaron estas diferencias con ANOVAs de continuación, los resultados mostraron diferencias estadísticamente significativas en las medias de DFS ($F(2,261) = 22,221$, $p < ,001$, $\eta^2 = ,146$) y AI ($F(2,261) = 26,812$, $p < ,001$, $\eta^2 = ,170$), pero no en la dimensión de FI ($F(2,261) = 1,204$, $p = ,302$, $\eta^2 = ,009$). Las pruebas

posthoc apuntaron diferencias estadísticamente significativas entre todas las medias, tanto en DFS como en AI. Estas diferencias fueron en ambos casos a favor del grupo de expertos en pesas/culturismo, con mayores puntuaciones en las dos dimensiones, seguido por el grupo de novatos, y finalmente por el grupo de participantes sin experiencia, siendo este grupo el de menores puntuaciones en estas dos dimensiones de dismorfia. Para mayor detalle, ver tabla 3.

Tabla 3. Estadísticos descriptivos

Dimensión	Grupo (experiencia con pesas/culturismo)	M	DT	N
DFS	Ninguna	1,58	0,73	175
	Novato	2,01	0,91	73
	Experto	2,84	0,94	16
FI	Ninguna	2,21	1,03	175
	Novato	2,01	0,93	73
	Experto	1,98	0,97	16
AI	Ninguna	1,32	0,58	175
	Novato	1,55	0,78	73
	Experto	2,57	0,88	16

Notas: DFS = deseo de talla; FI = deterioro funcional; AI = intolerancia a la apariencia.

Finalmente, por lo que respecta a la evidencia de fiabilidad, todos los alfas de Cronbach fueron apropiados, con valores de ,78, ,85 y ,84 para las dimensiones de DFS, FI y AI, respectivamente.

Discusión/Conclusiones

Este trabajo ha presentado las propiedades psicométricas del Inventario del Trastorno por Dismorfia Muscular (MDDI) en su versión española. Los resultados han ofrecido adecuadas evidencias de validez interna, externa y fiabilidad, apuntando por tanto a unas buenas propiedades de la escala cuando se utiliza para evaluar dismorfia muscular (DM) en una muestra de estudiantes universitarios.

Estos resultados son especialmente relevantes en la medida en que la DM es un trastorno que, tan solo en los Estados Unidos, afecta a entre 90.000 y 500.000 hombres, según el estudio de Olivardia (2001). Además, ha sido recientemente incluido DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013), bajo el nombre de Trastorno Dismórfico Corporal. El contar con un instrumento validado en español puede facilitar la investigación sobre la DM en contextos hispanohablantes, hasta ahora centrada mayoritariamente en Estados Unidos (López-Cuautle, Vázquez-Arévalo, y Mancilla-Díaz, 2016).

Este trabajo presenta una serie de limitaciones. En primer lugar, el muestreo, de tipo incidental, limita la generalización de los resultados. Además, el hecho de que no se haya podido contar con una muestra de culturistas de gran tamaño no ha permitido evaluar las propiedades de la escala en concreto en este tipo de población. De esta manera, futuros estudios deberían de centrarse en ofrecer evidencias del funcionamiento de la escala tanto en muestras representativas de la población general, así como en muestras de culturistas, para garantizar el correcto uso del instrumento en su versión en español y ofrecer evidencia de la prevalencia del trastorno en nuestro contexto.

Referencias

- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Washington, DC.
- Cafri, G., Strauss, J., y Thompson, J.K. (2002). Male body image: Satisfaction and its relationship to well-being using the somatomorphic matrix. *Internacional Journal of Men's Health*, 1(2), 215.
- Cafri, G., Thompson, J.K., Ricciardelli, L., McCabe, M., Smolak, L., y Yesalis, C. (2005). Pursuit of the muscular ideal: Physical and psychological consequences and putative risk factors. *Clinical Psychology Review*, 25(2), 215–239.

Dakanalis, A., Zanetti, A.M., Riva, G., Comegna, F., Volpato, C., Madeddu, F., y Clerici, M. (2015). Male body dissatisfaction and eating disorder symptomatology: Moderating variables among men. *Journal of Health Psychology*, 20(1), 80-90.

Goltz, F.R., Stenzel, L.M., y Schneider, C.D. (2013). Disordered eating behaviors and body image in male athletes. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 35(3), 237-242.

Grieve, F. (2007). A conceptual model of factors contributing to the development of muscle dysmorphia. *Eating Disorders*, 15(1), 63-80.

Grieve, F.G., Truba, N., y Bowersox, S. (2009). Etiology, assessment, and treatment of muscle dysmorphia. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 23(4), 306-314.

Grieve, F.G., y Shacklette, M.D. (2012). Brief report on men's bodies and mood: Correlates between depressive symptoms and muscle dysmorphia symptoms. *North American Journal of Psychology*, 14(3), 563-568.

Hildebrandt, T., Langenbucher, J., y Schlundt, D.G. (2004). Muscularity concerns among men: Development of attitudinal and perceptual measures. *Body Image*, 1(2), 169-181.

López-Cuautle, C., Vázquez-Arévalo, R., y Mancilla-Díaz, J.M. (2016). Evaluación diagnóstica de la Dismorfia Muscular: una revisión sistemática. *Anales de Psicología*, 32(2), 405-416.

Mishkind, M.E., Rodin, J., Silberstein, L.R., y Striegel-Moore, R.H. (1986). The embodiment of masculinity: Cultural, psychological, and behavioral dimensions. *American Behavioral Scientist*, 29(5), 545-562.

Olivardia, R. (2001). Mirror, mirror on the wall, who's the largest of them all? The features and phenomenology of muscle dysmorphia. *Harvard Review of Psychiatry*, 9(5), 245-259.

Pope, H.G., Gruber, A.J., Choi, P., Olivardia, R., y Phillips, K.A. (1997). Muscle dysmorphia: An underrecognized form of body dysmorphic disorder. *Psychosomatics*, 38(6), 548-557.

Pope, H.G., Gruber, A.J., Mangweth, B., Bureau, B., deCol, C., Jouven, R., y Hudson, J.I. (2000). Body image perception among men in three countries. *American Journal of Psychiatry*, 157(8), 1297-1301.

Pope, H.G., Phillips, K.A., y Olivardia, R. (2000). *The Adonis Complex: The secret crisis of male body obsession*. New York: The Free Press.

Santaracchi, E., y Dèttore, D. (2012). Muscle dysmorphia in different degrees of bodybuilding activities: Validation of the Italian version of Muscle Dysmorphia Disorder Inventory and Bodybuilder Image Grid. *Body Image*, 9(3), 396-403.

Schlundt, D.G., Woodford, H., y Brownlee, A. (2000). *Muscle dysmorphia in male weightlifters: Psychological characteristics and practices*. Unpublished manuscript.

Stanford, J.N., y McCabe, M.P. (2002). Body image ideal among males and females: Sociocultural influences and focus on different body parts. *Journal of Health Psychology*, 7(6), 675-684.

Stanford, J.N., y McCabe, M.P. (2005). Sociocultural influences on adolescent boys' body image and body change strategies. *Body Image*, 2(2), 105-113.

Wesely, J.K. (2001). Negotiating gender: Bodybuilding and the natural/unnatural continuum. *Sociology of Sport Journal*, 18(2), 162-180.

CAPÍTULO 7

Rehabilitación de las actividades de la vida diaria en personas con discapacidad intelectual

José Manuel Pérez Mármol*, Beatriz García Pintor*, Francisco Manuel Morales Rodríguez*, y Ana María Morales Rodríguez**

**Universidad de Granada; **Universidad de Málaga*

Introducción

La Discapacidad Intelectual (DI) se caracteriza por presentar limitaciones en el funcionamiento intelectual y en la conducta adaptativa que se manifiesta en habilidades conceptuales, sociales y prácticas. Las personas que presentan una DI por lo general tienen dificultad para aprender, comprender y comunicarse. En el contexto social español, gran parte de estas personas se encuentran institucionalizadas, dependiendo el grado de discapacidad que presentan, distribuyéndose de esta forma los recursos destinados a su atención. En estas instituciones habitualmente existe una cierta sobrecarga laboral por parte del personal socio-sanitario, que puede provocar que cuando los usuarios son expuestos a la realización de cualquier actividad o tarea, esta no se encuentre adaptada a sus habilidades o necesidades. Desde un enfoque biopsicosocial, el nivel de dificultad en el desempeño de la actividad se debería adaptar a la persona y no a la inversa (Harris, 2006; Toma, Gil, Ossowski, y Dierssen, 2016).

Las personas con DI institucionalizadas muestran una disminución de la independencia para las actividades de la vida diaria, especialmente en las actividades instrumentales. Estas actividades permiten a la persona interactuar con el medio y desarrollar habilidades tanto físicas como cognitivas. Otro factor importante que influye en que no se intervenga con este tipo de población en actividades de la vida diaria suele ser la falta de recursos o materiales (Abbott y McConkey, 2006; Harris, 2006). En actividades instrumentales como el uso del ordenador, algunos centros no cuentan con un ordenador para cada usuario, o si tienen, los ordenadores no disponen de las adaptaciones necesarias para este tipo de usuarios. Por otra parte, las intervenciones socio-sanitarias suelen llevarse a cabo grupalmente, incluyendo en las sesiones de terapia a grandes grupos de personas. Los profesionales de la salud, a través de disciplinas como la Psicología, Terapia Ocupacional y Educación Social, entre otros, tiene una función relevante en la modificación del ambiente en este tipo de población, así como el entrenamiento de las habilidades funcionales necesarias para conseguir que estas personas sean independientes en sus actividades de la vida diaria (Ayres, Mechling, y Sansosti, 2013; Stock, Davies, Wehmeyer, y Palmer, 2008).

La evaluación del funcionamiento en la comunidad de estas personas incluye habitualmente la valoración de diferentes áreas, tales como el ámbito volitivo o motivacional (que suelen incluir componentes o aspectos como la causalidad personal, el autoconcepto, la motivación o la autoeficacia general percibida), la funcionalidad, la autonomía y la independencia de los individuos. Así como los componentes cognitivos y motores y su nivel de desempeño en tareas valoradas por la persona como significativas para su proyecto vital. Dentro del área educativa, se incluyen aquellas actividades productivas que necesitan que la persona cumpla una serie de normas y que destacan por su beneficio para el desarrollo educativo-académico de la persona. Es decir, aquellas actividades relacionadas con las tareas pre-académicas, académicas y pre-vocacionales, incluyendo el uso de herramientas escolares o el uso de entornos virtuales (Esbensen y Benson, 2005; Youngstrom et al., 2002).

La intervención rehabilitadora dirigida a la mejora de actividades instrumentales de la vida diaria como el manejo del ordenador se encuentra clasificada dentro del área educativa, aunque puede

entenderse una íntima relación con otras actividades precisadas para el desarrollo de una vida autónoma en la comunidad. Debido a que las nuevas tecnologías se han abierto paso en nuestras vidas, en la actualidad, se hace imprescindible el manejo y uso del ordenador para la mayoría de nuestras acciones diarias. Por tanto, se hace necesario que la población general y determinados colectivos tengan cierto conocimiento en el ámbito de la informática. Por otra parte, la literatura previa acerca de la efectividad de intervenciones rehabilitadoras y del aprendizaje en personas con DI adultos es escasa. Drysdale, Casey, y Porter-Armstrong (2008), realizaron una intervención donde se llevó a cabo un entrenamiento de la actividad de la compra y el uso del teléfono en población infantil con DI. Investigadores de este ámbito como Morse y Schuster (2000) y Matson, Bamburg, Smalls, y Smiroldo (1997), realizaron estudios donde se también evaluaron la efectividad de intervenciones sobre las actividades de la vida diaria en esta población; sin embargo, ninguno de ellos se centraron en la actividad de manejo del ordenador. Estos autores utilizaron métodos de intervención que incluían feedback, refuerzos y/o secuenciación de la actividad para el entrenamiento de estas.

Con estos antecedentes, el aumentar el conocimiento sobre la efectividad de las intervenciones dirigido a la mejora del desempeño en las actividades de la vida diaria podría fomentar la creación futura de guías de práctica clínica en el ámbito social y sanitario. De forma específica, el entrenamiento de actividades instrumentales como el manejo del ordenador podría incluir a las personas con DI en la misma línea del avance que las nuevas tecnologías están teniendo en nuestra sociedad. Sería conveniente realizar un estudio donde se analice el impacto que este tipo de rehabilitación tiene sobre las personas que presentan DI.

Por estas razones, el objetivo principal del presente estudio piloto es determinar si existe una mejora funcional en una muestra de personas con DI tras una intervención rehabilitadora de la actividad de manejo del ordenador de 2 meses y justo después de un periodo de seguimiento de otros dos meses. Los objetivos específicos del presente trabajo son, 1) evaluar si existe un aumento del nivel de autoeficacia general de los participantes tras la intervención y tras un periodo de seguimiento a corto plazo; 2) comprobar si los participantes tienen un mejor desempeño en la actividad de manejo del ordenador tras estos periodos de tiempo.

Método

El presente trabajo es un estudio de casos, con una metodología de ensayo clínico no controlado, ya que no se ha dispuesto de un grupo control. La intervención consistió en un protocolo de rehabilitación para la actividad de manejo del ordenador, con una duración de 8 semanas, dos días a la semana y media hora por sesión. Se ha realizado una evaluación en diferentes momentos temporales, el primero previo a la intervención (evaluación basal), tras una intervención de 8 semanas (evaluación post-tratamiento) y dos meses después de haber finalizado la intervención (evaluación de seguimiento).

Participantes

La muestra seleccionada estuvo compuesta por 9 usuarios de una asociación a favor de las personas con DI de la provincia de Granada, España. Los participantes fueron invitados a participar voluntariamente en el estudio. En la muestra hubo un 44.4% de mujeres y un 55.6% de hombres, con una media de edad de 48.8 años, con una desviación típica de 7.56 años y un rango de edad comprendido entre los 25 y 60 años. La mayor parte de la muestra tenía un nivel educativo primario, con capacidad para leer y escribir con fluidez.

En cuanto a los criterios de inclusión y de exclusión del estudio, los criterios para incluir a los participantes en el estudio fueron, 1) tener diagnosticado DI leve-moderada; 2) no presentar una dependencia severa en actividades básicas de la vida diaria, según el índice de Barthel (Cid-Ruzafa y Damián-Moreno, 1997). Los criterios de exclusión fueron 1) no tener interés en participar en la actividad

del manejo del ordenador; 2) no dar el consentimiento informado por escrito; 3) presentar una dependencia severa o total en actividades básicas de la vida diaria, según el índice de Barthel.

Instrumentos

Las escalas usadas han sido la escala de autoeficacia general percibida y la tarea de evaluación del desempeño en la actividad "Task analysis":

Escala de autoeficacia general: mide la autoeficacia general percibida, entendida como la percepción general que los usuarios tienen sobre su capacidad para manejar de forma adecuada situaciones y/o circunstancias estresantes en su vida diaria. Es una escala de tipo Likert de 10 puntos, que cuenta con 10 ítems. Siendo su máxima puntuación 100. Respecto a la psicometría de esta escala, presenta una buena fiabilidad, con un α de Cronbach de 0,87 y correlación con el método de división del test en dos mitades de 0,88 (Suárez, García, y Moreno, 2000).

Task Analysis: tarea diseñada para la evaluación del desempeño en la actividad, que cuenta con 15 ítems, que subdividen la actividad del manejo del ordenador y que puntúan cada acción de 0 a 1 puntos. Puntuando con 0 puntos cuando el usuario no completa la subtarea de la secuencia de la actividad correctamente y con 1 punto cuando si es capaz de realizarlo de forma adecuada. La puntuación máxima es 15 puntos (Drysdale et al., 2008).

Procedimiento

La intervención se ha basado en el manejo básico del ordenador, compuesto por diferentes pasos como: 1) encender el ordenador, 2) manejar el ratón adecuadamente, 3) conocer los diferentes iconos del escritorio, 4) la realización de búsquedas en internet. Cada tarea realizada durante la intervención se ha diseñado teniendo en cuenta los intereses que los participantes verbalizaban al terapeuta. Dicha intervención se ha realizado en un contexto real, es decir, cada participante contaba con un ordenador personal adaptado a cada uno de ellos en función de sus habilidades y limitaciones. El abordaje de la intervención se ha planificado a través de tres enfoques, uno de tipo rehabilitador o de recuperación de las habilidades perdidas, otro desde el aprendizaje de las destrezas no adquiridas, y el último, de tipo compensatorio, con el objetivo de sustituir la función perdida. Desde un punto de vista del aprendizaje o rehabilitador, las técnicas usadas han sido estrategias de feedback, refuerzos y entrenamiento en el componente cognitivo de secuenciación de la actividad. Mientras que en el enfoque compensatorio los métodos usados han sido apoyos verbales, apoyos visuales, adaptaciones y el uso de equipamiento adaptado.

Para el análisis estadístico, los datos obtenidos en el desarrollo de este estudio se han almacenado y analizado mediante el programa SPSS, versión 20.0. Para la descripción de la muestra se han calculado la media y desviación típica en las variables continuas, y la frecuencia absoluta y los porcentajes para las variables categóricas. Para comprobar el efecto de la terapia sobre la autoeficacia general percibida y del desempeño en la actividad de manejo del ordenador se ha calculado las medias y desviación típicas de los diferentes momentos de evaluación (situación basal, post-tratamiento y periodo de seguimiento). Se han utilizado gráficas de barras simples para mostrar los resultados en las diferentes evaluaciones para las variables de autoeficacia y desempeño en la actividad de manejo del ordenador. De esta forma, se ha podido realizar una comparativa visual de las medias obtenidas en diferentes momentos temporales.

Resultados

Datos descriptivos de la muestra

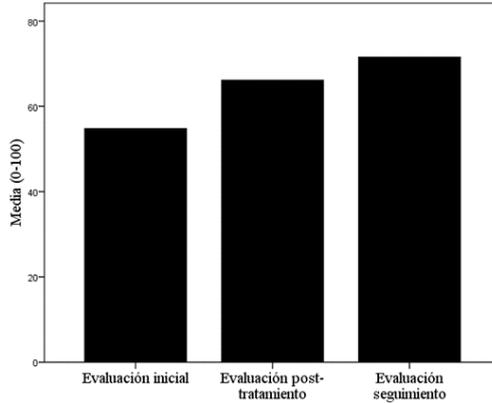
En la muestra de nuestro estudio las mujeres suponen un porcentaje del 44.4% del total y los hombres un 55.6%; por tanto, en la intervención participan un número mayor de hombres que de mujeres. La media de edad de la muestra del estudio es de 48.8 años, con una desviación típica de 7.56. Un 55.6% de los participantes lee y escribe con fluidez y un 33.3% lee y escribe, pero sin fluidez. La

mayoría de los participantes no presentan alteraciones ni de tipo motor, ni sensitivo, ni auditivo. Tan solo un 33.3% de la muestra presenta alteraciones a nivel visual.

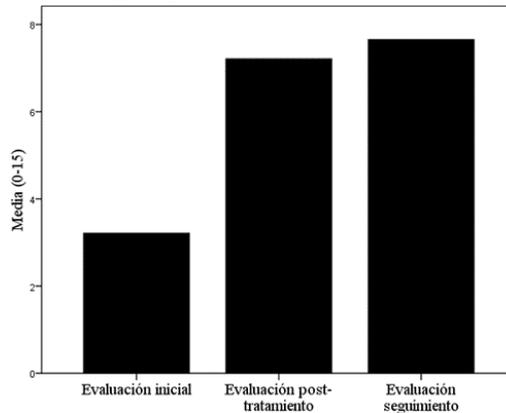
Diferencias en el nivel de autoeficacia y el desempeño en la actividad post-intervención y después de un periodo de seguimiento

Los resultados mostraron una mejora en las puntuaciones tanto para el nivel de autoeficacia y el desempeño en la actividad post-intervención y después de un periodo de seguimiento. Estos aparecen representados en las Gráficas 1 y 2.

Gráfica 1. Representación de la media de las puntuaciones obtenidas en el test de auto-eficacia general para las tres evaluaciones del estudio. Rango de puntuación de la escala de 0 a 100 puntos



Gráfica 2. Representación de la media de las puntuaciones obtenidas en el Task Analysis para las tres evaluaciones del estudio. Rango de puntuación del instrumento de 0 a 15 puntos



Discusión/Conclusiones

En el presente estudio, los resultados obtenidos en el test de desempeño Task Analysis para el manejo del ordenador mostró que el entrenamiento en dicha actividad en personas con DI es efectivo en cuanto a que hay una mejora en el desempeño. Esta mejoría se ha observado inmediatamente después de realizar la intervención y tras un periodo de seguimiento. Por tanto, parece que el efecto de la intervención no solo se ha mantenido, sino que, además ha aumentado después de un periodo sin entrenamiento. La existencia de esta mejora tras dos meses (8 semanas) después de la finalización del

tratamiento puede indicar que la adquisición de la capacidad funcional de desempeño de la actividad está relacionada con el entrenamiento al que los usuarios se han expuesto durante el tiempo de intervención.

Por otra parte, se ha producido un incremento de la autoeficacia general percibida para este tipo de población. Los resultados obtenidos acerca de este aumento de la puntuación del test de auto-eficacia general percibida en los diferentes momentos temporales parece indicar una potenciación del nivel de percepción general que los participantes tienen sobre su capacidad para manejar de manera adecuada situaciones o circunstancias estresantes en su vida diaria, justo después de la intervención y tras el periodo de seguimiento. Estos resultados pueden interpretarse como que el presente protocolo de entrenamiento en una actividad educativa-instrumental específica ha influido de forma positiva sobre el área volitiva de estas personas. Los participantes, al sentirse más autoeficaces, probablemente estén más predispuestos a involucrarse en ciertos hábitos y rutinas relacionados con esta actividad, como por ejemplo la búsqueda de información a través de internet, como el tiempo meteorológico en los próximos días o realizar las tareas del centro que requieran un proceso informático como por ejemplo realizar documentos o videos con fotografías. Un aumento de la autoeficacia general puede estar provocando que los participantes se interesen por otras actividades que hasta el momento podrían suponer un reto para ellos por miedo al fracaso, y con ello puedan satisfacer de mejor forma determinados roles, como pueden ser de estudiante, de informador al resto de compañeros sobre noticias o temas de interés, rol de amigo o de compañero. De esta forma, podrían poner en juego diferentes valores personales como el de la responsabilidad, mejora personal continua, etc.

Existen literatura científica previa similar al presente trabajo piloto. Drysdale et al. (2008), evaluaron la efectividad de un entrenamiento de las actividades del uso del teléfono y las compras, comparando un grupo control y un grupo de intervención en niños con DI moderada. Dicho grupo de intervención en este estudio recibe un entrenamiento dentro del colegio sobre cada una de las actividades y también fuera de este, en situaciones reales. Los resultados del estudio mostraron que el entrenamiento de la actividad de la compra en la comunidad produce una mayor mejoría del desempeño de dicha actividad respecto al grupo control. Esta misma mejoría también se obtuvo en el entrenamiento realizado en el colegio. En cambio, los resultados de la actividad del teléfono reflejaron que el entrenamiento en esta actividad no parecía ser eficaz, ya que los usuarios no mejoraron su capacidad funcional a la hora de llamar por teléfono. Según las conclusiones de este estudio, el error en el entrenamiento de esta actividad puede ser que los usuarios no recibían nada a cambio por ejecutar la actividad, algo que, si ocurría en la otra tarea. Otro de los motivos del error, según los autores, fue que la tarea era demasiado abstracta para la comprensión de los niños, ya que durante las sesiones se simulaban conversaciones telefónicas.

En el estudio realizado por Morse y Schuster (2000), se evaluó la efectividad de una estrategia de enseñanza en la actividad de la compra de productos de alimentación en niños de primaria con DI moderada. El entrenamiento se realizó in vivo a través de simulaciones. Algunos participantes adquirieron ciertas destrezas de las simulaciones tras la intervención y muy pocos consiguieron los objetivos del estudio a través del entrenamiento mediante situaciones reales. Por otra parte, Matson et al. (1997), evaluaron las técnicas de comportamiento en la formación de las personas con retraso mental severo y profundo para usar dichas habilidades funcionales en su vida diaria. Este estudio evaluó métodos para la adquisición de habilidades funcionales a través de pautas verbales, modelado, la orientación física y el reforzamiento. El estudio se realizó en un centro de alteraciones del desarrollo con una muestra de 30 participantes. Michie, Lindsay, y Smith (1998), contaron con 57 adultos con alteraciones en el aprendizaje y realizaron un entrenamiento de las habilidades para la vida en la comunidad. Se hicieron varios grupos, uno control, otro recibió el entrenamiento dentro del aula y otro recibió un entrenamiento in vivo. Las conclusiones a las que llegaron fueron que hubo una mejora significativa en las habilidades para la vida en comunidad y la conducta adaptativa en aquellos participantes que recibieron un entrenamiento in vivo, frente a los grupos de usuarios que habían recibido los otros métodos de entrenamiento.

Conclusiones

Los resultados parecen mostrar que la intervención rehabilitadora para la actividad del manejo del ordenador ha provocado una mejora en el desempeño y ejecución de esta actividad, así como un aumento del nivel de autoeficacia general en personas con DI moderada tras la intervención realizada y después de un periodo de seguimiento. Para trabajos futuros, sería interesante comprobar si está mejoría también se registra en participantes con otras estrategias de intervención dirigidas a la mejora del desempeño en la actividad. Además, sería interesante realizar estudios de superioridad de efectividad de unas estrategias en comparación con otras. Por último, ya que este es un estudio piloto, se debería aumentar la muestra para poder desarrollar un estudio clínico aleatorizado controlado.

Referencias

- Abbott, S., y McConkey, R. (2006). The barriers to social inclusion as perceived by people with intellectual disabilities. *Journal of Intellectual Disabilities, 10*(3), 275-287.
- Ayres, K.M., Mechling, L., y Sansosti, F.J. (2013). The use of mobile technologies to assist with life skills/independence of students with moderate/severe intellectual disability and/or autism spectrum disorders: Considerations for the future of school psychology. *Psychology in the Schools, 50*(3), 259-271.
- Cid-Ruzafa, J., y Damián-Moreno, J. (1997). Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Revista Española de Salud Pública, 71*(2), 127-137.
- Drysdale, J., Casey, J., y Porter-Armstrong, A. (2008). Effectiveness of training on the community skills of children with intellectual disabilities. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 15*(4), 247-255.
- Esbensen, A.J., y Benson, B.A. (2005). Cognitive variables and depressed mood in adults with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research, 49*(7), 481-489.
- Harris, J.C. (2006). *Intellectual disability: Understanding its development, causes, classification, evaluation, and treatment*. Oxford University Press.
- Matson, J.L., Bamberg, J., Smalls, Y., y Smiroldo, B.B. (1997). Evaluating behavioral techniques in training individuals with severe and profound mental retardation to use functional independent living skills. *Behavior Modification, 21*(4), 533-544.
- Michie, A.M., Lindsay, W.R., Smith, A.H.W., y Todman, J. (1998). Changes following community living skills training: A controlled study. *British Journal of Clinical Psychology, 37*(1), 109-111.
- Morse, T.E., y Schuster, J.W. (2000). Teaching elementary students with moderate intellectual disabilities how to shop for groceries. *Exceptional Children, 66*(2), 273-288.
- Stock, S.E., Davies, D.K., Wehmeyer, M.L., y Palmer, S.B. (2008). Evaluation of cognitively accessible software to increase independent access to cellphone technology for people with intellectual disability. *Journal of Intellectual Disability Research, 52*(12), 1155-1164.
- Suárez, P.S., García, A.M.P., y Moreno, J.B. (2000). Escala de autoeficacia general: datos psicométricos de la adaptación para población española. *Psicothema, 12*(Suplemento), 509-513.
- Toma, I.D., Gil, L.M., Ossowski, S., y Dierssen, M. (2016). Where Environment Meets Cognition: A Focus on Two Developmental Intellectual Disability Disorders. *Neural Plasticity, 2016*.
- Youngstrom, M.J., Brayman, S.J., Anthony, P., Brinson, M., Brownrigg, S., Clark, G.F.,... y Oldham, J. (2002). Occupational Therapy Practice Framework: Domain and process. *American Journal of Occupational Therapy*.

CAPÍTULO 8

Evaluación de un programa grupal psicossocioeducativo con mujeres con neoplasia

Francisco-Xabier Aguiar Fernández*, Sara Fernández Aguayo**, y Margarita Pino Juste**

**Universidad de Vigo, Facultad de Educación;*

***Universidad de Vigo, Facultad de Ciencias de la educación y Deporte*

Introducción

El cáncer es una de las enfermedades con mayor morbilidad y mortandad en las mujeres de todo el mundo, siendo el de mama el de mayor incidencia en España. Hoy en día tiende a cronificarse, por lo que se hacen necesarios abordajes multidisciplinares que además de los aspectos biológicos, contemplen los psicológicos y sociales, tanto en el momento del diagnóstico y el tratamiento, como en la reincorporación a la vida cotidiana. Bennion y Molassiotis (2013) identifican cuatro variables que influyen en los síntomas del cáncer durante el tratamiento: la interacción con los servicios de salud, el cambio en las redes sociales, el cambio personal y el afrontamiento. Así, estos síntomas pueden tener efectos negativos en las personas con cáncer que necesitan estar mejor preparadas para asumir una sintomatología crónica a largo plazo. Yélamos et al. (2007), diferencian tres grupos de problemas que se relacionan con el ajuste psicosocial de la mujer diagnosticada de cáncer de mama: el malestar emocional que desemboca en problemas de ansiedad y depresión principalmente, las secuelas que afectan a la imagen corporal y la autoestima y los problemas relacionados con el ajuste social, sobre todo en lo que se refiere a las relaciones interpersonales y otros factores de tipo socioeconómico, laboral o habitacional. Autores como Kroenke et al. (2013) señalan que las redes sociales más grandes facilitan un mejor pronóstico después del cáncer de mama. Además, hay estudios que coinciden en señalar el aumento en la calidad de vida de las personas que reciben apoyo de otros pacientes que se enfrentaron a situaciones similares, lo cual puede complementar el apoyo social proporcionado por la propia red social de la persona y del personal de salud (Barra, 2004).

En cuanto a los factores que determinan la participación de las personas diagnosticadas de cáncer en grupos, los estudios existentes no son determinantes. Parecen existir tendencias a ser más partícipes en mujeres, población joven, mayor tiempo transcurrido desde el diagnóstico y mayor nivel educativo. Sin embargo, en un estudio realizado en Reino Unido donde se estudiaron las características de los participantes de los grupos a escala nacional se concluyó que variables psicológicas como tener actitudes positivas hacia los beneficios de los grupos de apoyo o hacia la búsqueda de apoyo emocional son más importantes que las características demográficas o clínicas a la hora de determinar la participación (Stevinson, Lydon, y Amir, 2011). En el mismo estudio se señala que la principal razón para acudir es encontrar a personas que están en situaciones similares. Otras de las motivaciones que se han destacado en otros estudios son las de poder compartir preocupaciones, aprender de otras personas, participar de un sentimiento de nosotros o de la pertenencia a una familia, distinguiendo este tipo de apoyo disponible en los grupos del que se puede obtener de otras relaciones de apoyo (Bauman, Gerverey, y Siegel, 1992; Usher, Kirsten, Butow, y Sandoval, 2006; Dohan, Szolarova, y Walcer, 2011).

Por otra parte, proveer información a las personas de cáncer es uno de los componentes más importantes para un adecuado soporte y cuidado (Turner et al., 2005; Fletcher, Chapman, Fennell, y Willson, 2017). Una adecuada información tiene beneficios relacionados con una mayor involucración en las decisiones, una mayor adherencia a los tratamientos y menor ansiedad (D'haese et al., 2000; Mills y Sullivan, 1999, Husson, Mols, y Van de Poll-Franse, 2011). Muchos estudios indican que las personas

diagnosticadas de cáncer participantes en grupos obtienen beneficios especialmente relacionados con la adquisición de conocimientos y el soporte emocional (Campbell, Phaneuf, y Deane, 2004; Hoey, Ieropoli, White, y Jefford, 2008; Stevinson, Lydon, y Amir, 2011) señalando mejoras en aspectos como el funcionamiento emocional, las estrategias de afrontamiento, el conocimiento sobre el cáncer y sus tratamientos, las relaciones personales o la calidad de vida. Estos beneficios recibidos por los miembros no parecen depender del tipo de grupo y de aspectos de diseño como el tamaño o el hecho de estar dirigidos por un profesional o autogestionados, a excepción de las habilidades prácticas de afrontamiento que serían mayores en los grupos con profesional (Stevinson, Lydon, y Amir, 2011), sino más bien con la creación de un entorno de apoyo, cuidado e información (Usher et al., 2006). También se han indicado mejores resultados cuando la asistencia es regular y a largo término. Estudios realizados en varios países indican que la mayor parte de las personas diagnosticadas de cáncer no participan en grupos a pesar de estos beneficios (Plass y Koch, 2001; Bui et al., 2002; Stevinson, Lydon, y Amir, 2011).

En este trabajo se evalúa el diseño de un programa de carácter grupal con mujeres con cáncer realizado por la Asociación Española contra el Cáncer (AECC) en la comunidad autónoma de Galicia (España) entre los años 2004 y 2016. Para ello, se analiza el perfil de las participantes, la evolución de la estructura, las características y los contenidos durante el período analizado y el grado de satisfacción con el diseño y la implementación.

Breve descripción del programa

El programa consiste en una estancia de convivencia grupal de cuatro días que tiene lugar en un centro ubicado en un entorno natural que invita al descanso y a recuperar fuerzas en contacto con la naturaleza y que reúne las instalaciones y recursos necesarios para el alojamiento, manutención y el desarrollo de las actividades. La primera edición tuvo lugar en el año 2004, y desde entonces se han realizado 14 ediciones hasta el año 2016. Los grupos de mujeres son heterogéneos en cuanto a características sociodemográficas, diagnóstico oncológico y tratamientos recibidos.

Los contenidos de las sesiones grupales abordan temáticas de afrontamiento de la enfermedad, autocuidado de la salud y nutrición, autoestima e imagen corporal, comunicación y habilidades sociales y búsqueda de bienestar mediante la relajación, el yoga, la expresión corporal o la actividad física. Para su desarrollo se cuenta con un equipo interdisciplinar de profesionales especializados en cada una de las temáticas. La programación se intercala con espacios de tiempo libre donde las participantes pueden conversar, pasear por los jardines o descansar.

Método

Participantes

En total han participado en las 14 ediciones del programa 361 mujeres de edades comprendidas entre los 33 y los 82 años, con una edad media de 53,5 años. En cuanto al estado civil, un 62,7 % eran casadas o con pareja de hecho, un 15,8 % separadas o divorciadas, un 12,5% solteras y un 9% viudas. Con respecto al nivel de estudios, un 54,3 tenía estudios primarios o graduado escolar; un 24,5 % bachiller; un 18,3 % estudios universitarios y un 3% sin estudios. En cuanto a la situación laboral, el 36,15% estaban en activo, de las cuales el 27,99% en situación de incapacidad laboral temporal por enfermedad, el 23,91% jubiladas, el 23,32% amas de casa, el 11,66% en situación de desempleo y el 4,96% estudiantes. Un 74 % procedían de áreas urbanas o semi-urbanas y un 26 % de zonas rurales.

En cuanto al perfil clínico, un 80,5 % fueron mujeres diagnosticadas de cáncer de mama, y el 19,5 % restante de otro tipo de tumores en porcentajes entre 4,4% y 0,3% (colorrectal, pulmón, estómago, útero-vagina, leucemia...). En el momento del programa, un 41,1 % seguían a tratamiento activo de quimioterapia o radioterapia y un 58,9 % los habían finalizado (en un 84,5 % en los tres años previos).

Instrumentos

Los instrumentos utilizados durante el análisis longitudinal que abarca el período 2004 al 2016 son los siguientes:

- Cuestionarios de valoración y selección de los participantes de cada edición con el fin de verificar el perfil sociodemográfico y clínico de las participantes.
- Análisis de contenido de las programaciones y memorias de cada edición para evaluar la estructura y contenidos del programa.
- Cuestionarios de satisfacción realizado por cada participante al término de cada edición. Se analizó el grado de satisfacción de las participantes con el diseño, la organización, los contenidos, los profesionales, los otros miembros del grupo, entre otros aspectos.
- Entrevistas en profundidad a 21 participantes. La selección de la muestra se realizó aleatoriamente teniendo en cuenta que por lo menos hubiese entre una y dos personas de cada edición. Se interrumpió la selección al detectar saturación en el análisis de datos. Se abordaron cuestiones relativas a la interacción grupal y la relación social durante el programa, la consecución y el mantenimiento de relaciones sociales posteriores, y los efectos personales en los modos de relacionarse y afrontar la enfermedad.
- Grupo de discusión con profesionales. 5 expertos que participaron al menos en 5 ediciones del programa: dos trabajadores sociales, una psicooncóloga, una médica oncóloga y un monitor de risoterapia. Se abordaron cuestiones relativas a la interacción grupal, los beneficios en las participantes y la consecución y mantenimiento de relaciones posteriores.

Procedimiento

El proceso de recogida de datos se llevó a cabo como hemos descrito a través de diferentes fuentes de información y se buscó la saturación de la misma para hacer válidos los resultados. La información recogida fue analizándose de forma paralela al propio proceso de trabajo de campo, como es habitual en los estudios cualitativos.

En relación a los aspectos éticos de la investigación se siguió el código deontológico reconocido por la Declaración de Helsinki (revisión de Hong-Kong, septiembre de 1989) y de acuerdo con las recomendaciones de Buena Práctica Clínica de la CEE (documento 111/3976/88 de julio de 1990) y la normativa legal vigente española que regula la investigación.

Análisis de datos

El propósito era clasificar las diferentes partes de acuerdo con unas categorías previamente establecidas por lo que existe la posibilidad de identificar de manera sistemática y objetiva dichas categorías dentro de un mensaje. En consecuencia, el proceso se enmarca dentro de las técnicas de análisis de contenido (Neuendorf, 2002). El estudio se ha planteado desde un enfoque crítico de corte etnográfico con un diseño longitudinal descriptivo utilizando instrumentos de corte cualitativo. Este planteamiento nos permite abordar la triangulación de técnicas y de fuentes de recogida de datos con el fin de contrastar la información recogida y evitar las posibles distorsiones en la interpretación de los hechos al considerar que cada persona tiene su peculiar forma de entender e interpretar la realidad (Taylor, Bogdan, y DeVault, 2016).

Resultados

1. Perfil de las participantes: el valor de la heterogeneidad y el tamaño del grupo

En base a los datos sociodemográficos y clínicos se puede establecer un perfil de participación en el programa que corresponde al de mujer de mediana edad, casada, con un nivel de estudios primario-graduado escolar, predominantemente urbano o semi-urbano, en situación laboral activa o de incapacidad temporal por enfermedad, diagnosticada de cáncer de mama y con tratamiento activo de quimioterapia o radioterapia finalizado. Sin embargo, estas cifras esconden una composición de los grupos muy diversa,

como es el hecho de que tan solo en cuanto a la variable edad, en un mismo grupo resulte habitual que participen mujeres en torno a los cuarenta años con otras de más de setenta. Los grupos también están conformados por personas muy diferentes en cuanto a caracteres y situaciones a nivel emocional y de salud, pero salvo casos muy puntuales esto no ha afectado a la cohesión grupal. La heterogeneidad parece favorecer el intercambio de experiencias y el enriquecimiento mutuo entre las participantes. Una de las mujeres entrevistadas comentó “Al ser personas que venían de distintos ámbitos, edades, situaciones médicas...ves que aportaban y que tú también aportabas” (E.3).

Con respecto al tamaño del grupo hemos comprobado que es muy importante y que debe mantenerse en torno a las 20 - 25 personas. Atendiendo a este criterio, pudimos identificar tres etapas en la evolución del programa. En las tres primeras ediciones (años 2004 y 2005) se dirigió exclusivamente a mujeres operadas de cáncer de mama de la provincia de Ourense y el tamaño de cada grupo fue de 14 mujeres. La segunda etapa abarca 9 ediciones (entre 2007 y 2014) y se caracteriza por la incorporación de mujeres con otros diagnósticos oncológicos, de otras delegaciones provinciales de la AECC en Galicia y por el aumento del tamaño grupal a una media de 29 mujeres por edición. La tercera etapa estaría constituida por las dos últimas ediciones (2015 y 2016) en las que se acuerda que el número máximo de participantes no debe exceder de 24.

Aun manteniéndose valoraciones satisfactorias, éstas fueron inferiores en las dos únicas ediciones en que se llegó a 35 personas (2007 y 2008), además de registrarse un mayor número de pequeñas incidencias y menor cohesión grupal. A este respecto, una de las profesionales del grupo de discusión con mayor experiencia en el programa comentó “al principio, al ampliar el programa a otras delegaciones de la asociación aumentamos bastante el tamaño de los grupos. Aunque en general las valoraciones no fueron malas, lo cierto es que se notó bastante en la cohesión y en el propio trato personal al que estábamos acostumbrados” (GD).

2. Evolución de la organización y contenidos

El programa cuenta con un proceso de evaluación en el que participan las mujeres de cada edición, analizando aspectos como los contenidos, la organización o la satisfacción personal, y en el que también se les pide que realicen propuestas de mejora. Los cuestionarios de evaluación muestran una satisfacción general con el programa del 96,3% (muy satisfecha 82,5% y satisfecha 13,8%). Los contenidos de las actividades son valorados satisfactoriamente por un 82,3% de las participantes (muy satisfecha 51,8% y satisfecha 30,4%). En todas las ediciones, las sesiones de tipo formativo y psicossocial reciben valoraciones satisfactorias o muy satisfactorias superiores al 80%. Un 83,9% de las participantes afirman que se cumplieron sus expectativas iniciales.

A pesar de los cambios que se han ido introduciendo en el diseño y los contenidos como consecuencia de este proceso de evaluación, se ha podido identificar una estructura con bloques temáticos que se han mantenido a lo largo de la evolución del programa (tabla 1). En todas las ediciones se intercalan actividades de tipo formativo/educativo y de tipo psicossocioterapéutico con otras actividades más lúdicas, tiempos de descanso para las comidas que se comparten en grupo y tiempo libre que las participantes aprovechan para pasear, descansar e interactuar entre ellas.

El equilibrio en la programación entre las sesiones de carácter formativo y psicossocioterapéutico, y los contenidos de carácter lúdico y de tiempo libre, ha ido evolucionando a lo largo de los años. En las primeras tres ediciones los talleres suponían la mayor parte del tiempo programado en horario intenso de mañana y tarde. Sin embargo, en las valoraciones, las participantes han ido sugiriendo el deseo de disponer de más tiempo libre para conocerse y poder hablar de una manera más espontánea entre ellas. Como consecuencia, se incrementó el tiempo sin contenidos programados y las actividades de tipo lúdico. Una de las profesionales del grupo de discusión destacaba “creo que el tiempo libre que tienen entre ellas acaba convirtiéndose en una actividad muy importante para que ellas se conozcan, compartan experiencias y se apoyen” (GD). De hecho, uno de los aspectos más valorados y repetidos en los

cuestionarios es la oportunidad de conocer a otras mujeres en situaciones similares, sentirse escuchadas, comprendidas y apoyadas. Otros aspectos como recibir información sobre los tratamientos, las secuelas y la rehabilitación, trabajar temas de autoestima, psicoafectividad o comunicación, o resolver dudas con expertos también resultaron altamente valorados.

Tabla 1. Estructura básica y contenidos del programa en el período analizado de 2004 a 2016

Temática	Nº sesiones	Contenidos
Bienvenida/presen- tación	1	Presentación. Expectativas. Establecimiento de normas de grupo y de convivencia.
Estrategias de enfrentamiento	1-2	Repercusiones y afrontamiento de la enfermedad. Expresión emocional e intercambio de experiencias.
Autocuidado de la salud	1-2	Aspectos preventivos y tratamiento de secuelas. Cuidado y actividad física.
Alimentación y nutrición	1	Recomendaciones para una adecuada alimentación/nutrición.
Autoestima, imagen corporal	1-2	Impacto del diagnóstico y de los tratamientos en la autoestima. Autocuidados estéticos
Afectividad- sexualidad	1	Repercusiones en la afectividad-sexualidad. Estrategias y recursos.
Comunicación, habilidades sociales y empoderamiento social	2	Habilidades sociales, relaciones con el entorno y autonomía personal. Derechos.
Relajación, expresión corporal y actividad física	2-3	Expresión corporal, ejercicios de respiración, yoga, juegos, danza y risoterapia.
Despedida/evaluac- ión	1	Valoración grupal e individual de la experiencia.

3. La importancia del espacio y la convivencia

Un factor que destaca en el diseño del programa es el hecho de que ofrezca un espacio de convivencia en régimen de pensión completa y que se desarrolle en un entorno natural y distinto del habitual de las participantes. Se promueve así una convivencia que aleja a las mujeres de sus preocupaciones y rutinas cotidianas, propiciando un espacio para el autocuidado de ellas mismas y la relación con el grupo. Una de las mujeres entrevistadas comentó “no es fácil salir de casa y dejar a la familia durante unos días, al principio yo no quería ir porque nunca había salido a un grupo así, pero después me lo pasé genial, no quería que se terminase, me quería quedar allí...” (E. 15). Otra mujer comentó “Cuando llegamos no nos conocíamos, pero ya nos hicieron una presentación en grupo, y a partir de ahí la relación con las demás fue lo mejor” (E. 4).

En todas las ediciones los cambios positivos en la manera de interactuar son perceptibles desde los primeros momentos. En el grupo de discusión de profesionales se valoró muy positivamente el progreso en la interacción y la cohesión observadas en todas las ediciones a pesar de que la mayor parte de las mujeres no se conocían entre sí previamente, observando cambios muy perceptibles entre el primer y el último día de la convivencia, e incluso tras las primeras horas. Una de las profesionales afirmó “creo que la convivencia y el espacio natural que se comparte durante estos días influye en que se acelere la cohesión del grupo” (GD). Otra profesional comentó “Ves un cambio que parece increíble en un día, desde la mañana que empieza el grupo que no se conoce, un cambio que experimentan en horas” (GD).

En más del 80% de las mujeres entrevistadas destacaron los sentimientos de identificación, comprensión mutua y unión con el grupo. “Hablamos mucho entre nosotras esos días, yo vi gente que veías que después de allí iba a ver todo diferente” (E. 13). Otra de las cuestiones que más se valoran es el sentir que pueden hablar y expresarse con libertad, incluso más que en los entornos familiares y relacionales habituales. Independientemente de los años transcurridos desde la participación en el

programa, se mantiene una elevada valoración de la convivencia grupal, así como el mantenimiento de relaciones con el grupo o con algunas mujeres en particular. La totalidad de las mujeres entrevistadas recomendarían el programa a otras personas e incluso a muchas les gustaría repetir una experiencia similar.

4. El acompañamiento de los profesionales y el cuidado en la atención

La atención recibida durante el programa es muy valorada, considerada como muy satisfactoria (69,3%) o satisfactoria (24,9%) por el 94,2% de las participantes. La coordinación fue considerada como muy satisfactoria por el 90,4% y satisfactoria por el 8,2% (no se recogieron valoraciones de insatisfacción en ninguna edición), y la valoración de los profesionales que llevan a cabo las actividades es satisfactoria o muy satisfactoria en un 98,1%. El hecho de que en cada delegación de la institución organizadora exista un profesional coordinador encargado de informar y seleccionar a las participantes, y que estos mismos profesionales acompañen y convivan con las participantes durante la estancia parece ser uno de los factores que se relaciona con esta excelente valoración. Una de las mujeres entrevistadas señalaba “al principio llegas allí algo nerviosa porque no conoces al grupo, pero nada más llegar te sientes como en casa, todo el mundo estaba muy pendiente de nosotras” (E.18). Por su parte, en el grupo de discusión se señaló la relevancia de crear un clima de confianza y que las personas se sientan, en todo momento, atendidas y acompañadas. Una de las profesionales destacó que “es muy importante cuidar los detalles, que se sientan protagonistas, que vean que estamos pendientes y que queremos que se sientan a gusto”. También los profesionales destacan la oportunidad de establecer un tipo de relación más horizontal y abierta con las mujeres participantes, así como el aprendizaje personal y profesional que les brinda el programa “nuestra relación como profesionales es un aprendizaje continuo. Acabas compartiendo momentos con ellas y te haces partícipe de sus experiencias, acaban tratándote como uno más” (GD).

Discusión/Conclusiones

En nuestro estudio se evidencia una elevada satisfacción con el diseño del programa, tanto en los aspectos de estructura y organizativos, como de contenido, intervención grupal y beneficios personales percibidos con la interacción con otras personas. El programa interviene en los síntomas que pueden tener efectos negativos en las personas con cáncer y les ayuda a una mejor preparación para asumir una sintomatología crónica a largo plazo en la línea de lo establecido por autores como Bennion y Molassiotis (2013).

Con este trabajo se pudo establecer un perfil sociodemográfico y clínico de las mujeres participantes en todas las ediciones, y que responde al de mujer diagnosticada de cáncer de mama, con los tratamientos de quimioterapia o radioterapia finalizados, de mediana edad, casada, mayoritariamente en activo o de baja por enfermedad y con estudios primarios/básicos. Si bien este resultado presenta limitaciones relacionadas con las propias características del programa y el hecho de que el mismo se oferte desde una asociación de la comunidad, creemos que puede ofrecer información relevante sobre el perfil de las mujeres con cáncer participantes en grupos en Galicia. La heterogeneidad presente en todos los grupos es valorada de manera positiva por las propias participantes y por los profesionales. No solo no afecta de manera negativa a la autoidentificación o a la cohesión grupal, sino que es representada como un factor que favorece el aprendizaje mutuo y un intercambio de experiencias más enriquecedor que permite ver y compartir otros referentes, modelos o estrategias de afrontamiento.

Con respecto a la evolución del diseño y contenidos del programa a lo largo del tiempo pudimos constatar que se mantuvo una estructura básica similar en el período evaluado. Las actividades incluyeron contenidos interdisciplinares sobre aspectos médicos, psicológicos y sociales, permitiendo beneficios en la adquisición de conocimientos, en las estrategias de afrontamiento y en el soporte emocional en la línea de lo sugerido por otros autores (Stevinson, Lydon, y Amir, 2011; Campbell,

Phaneuf, y Deane, 2004; Hoey et al., 2008). Los contenidos formativos fueron altamente valorados y recogieron las cuestiones de interés para los pacientes oncológicos que se han sugerido en estudios como el de Fletcher et al. (2017).

Aspectos como la composición y el tamaño del grupo o la convivencia grupal en un mismo espacio distinto del habitual situado en un entorno natural se han revelado como factores relacionados con el logro de los objetivos y una mayor cohesión grupal. Así mismo, la participación de las propias mujeres en la evaluación permitió realizar modificaciones en el diseño, reduciendo los contenidos guiados por profesionales, toda vez que se fue ampliando el tiempo libre para la interacción y el propio intercambio de experiencias y vivencias personales. El poder compartir preocupaciones, sentirse escuchadas, aprender de otras personas con experiencias similares, participar de un sentimiento de nosotros y recibir un tipo de apoyo que se entiende como distinto del proporcionado por otras relaciones, es uno de los aspectos más priorizados y valorados de esta experiencia grupal en la línea de lo sugerido por otros autores (Bauman, Gervery, y Siegel, 1992; Usher et al., 2006; Dohan, Szolarova, y Walcer, 2011). Así mismo, la esmerada atención prestada por los organizadores y profesionales es otro de los elementos definitorios y mejor valorados del programa. A este respecto, autores como Usher et al. (2006) encontraron que los beneficios del grupo dependen no tanto de aspectos de diseño y tamaño grupal, sino más bien de la creación de un entorno de apoyo y cuidado.

Referencias

- Barra Almagiá, E. (2014). Apoyo social, estrés y salud. *Psicología y salud*, 14(2), 237-243.
- Bauman, L., Gervery, R., y Siegel, K. (1992). Factors associated with cancer patients participation in support groups. *Journal of Psychosocial Oncology*, 10(3), 1-20.
- Bennion, A.E., y Molassiotis, A. (2013). Qualitative research into the symptom experiences of adult cancer patients after treatments: a systematic review and meta-synthesis. *Supportive Care in Cancer*, 21(1), 9-25.
- Bui, L., Last, L., Bradley, H., Law, C.H., Maier, B.A., y Smith, A.J. (2002). Interest and participation in support group programs among patients with colorectal cancer. *Cancer Nursing*, 25(2), 150-157.
- Campbell, H.S., Phaneuf, M.R., y Deane, K. (2004). Cancer peer support programs-do they work? *Patient Education and Counseling*, 55, 3-15.
- D'haese, S., Vinh-Hung, V., Bijdekerke, P., Spinnoy, M., De Beukeleer, M., Lochie, N., De Roover, P., y Storme, G. (2000). The effect of timing of the provision of information on anxiety and satisfaction of cancer patients receiving radiotherapy. *Journal Cancer Education*, 15, 223-227.
- Dohan, D., Szolarova, R., y Walcer, B. (2012). How a cancer education group serves de underserved: Family ties and battling cancer. *Patient Education and Counseling*, 87, 212-216.
- Fletcher, C., Flight, I., Chapman, J., Fennell, K., y Willson, C. (2017). The information needs of adult cancer survivors across the cancer continuum: A scoping review. *Patient Education and Counseling*, 100, 383-410.
- Hoey, L., Ieropoli, S.C., White, V.M., y Jefford, M. (2008) Systematic review of peer-support programs for people with cancer. *Patient Education and Counseling*, 70, 315-337.
- Husson, O., Mols, F., y Van de Poll-Franse, L.V. (2011). The relation between information provision and health-related quality of life, anxiety and depression among cancer survivors: a systematic review. *Annals of Oncology*, 22, 761-772.
- Kronke, C.H., Kwan, M.L., Neugut, A.I., Ergas, I.J., Wright, J.D., Caan, B.J., ... y, Kushi, L.H. (2013). Social networks, social support mechanisms, and quality of life after breast cancer diagnosis. *Breast cancer research and treatment*, 139(2), 515-527.
- Mills, M.E., y Sullivan, K. (1999). The importance of information giving for patients newly diagnosed with cancer: a review of the literature. *Journal Clinical Nursing*, 8, 631-642.
- Neuendorf, K.A. (2002). *The content analysis guide book*. Sage: London.
- Plass, A., y Koch, U. (2001). Participation of oncological outpatients in psychological support. *Psychooncology*, 10, 511-520.
- Stevinson, C., Lydon, A., y Amir, Z. (2011). Cancer support group participation in the United Kingdom: a national survey. *Supportive Care Cancer*, 19, 675-683.

Taylor, S.J., Bogdan, R., y DeVault, M. (2016). *Introduction to Qualitative Research Methods: A Guidebook and Resource*. Canadá: John Wiley & Sons, Inc.

Turner, J. Zapart, S., Pedersen, K., Rankin, N., Luxford K., y Fletcher, J. (2005). Clinical practice guidelines for the psychosocial care of adults with cancer. *Psychooncology*, *14*, 159-173.

Ussher, J., Kirsten, L., Butow, P., y Sandoval, M. (2006). What do cancer support groups provide which other supportive relationships do not? The experience of peer support groups for people with cancer. *Social Science & Medicine*, *62*(10), 2565-2576.

Yélamos, C., Montesinos, F., Eguino, A., Fernández, B., González, A., y García de Paredes, M. (2007). "Mucho x Vivir". Atención psicossocial para mujeres con cáncer de mama. *Psicooncología*, *4*(2-3), 417-422.

CAPÍTULO 9

Estudio sobre el alcoholismo y estrategias para su manejo

Susana Ayllón Beltrán*, María del Carmen Ruíz-Henestrosa Niño**,
y Silvia Barberi García***

*Diplomada en Enfermería; **Hospital de Cádiz; ***Servicio Andaluz de Salud

Introducción

El alcohol etílico (CH₃-CH₂-OH) es un líquido transparente, ligero, con fácil inflamación y muy soluble en agua. La molécula es de tamaño pequeño y con mínima polaridad, por lo que puede atravesar con facilidad membranas biológicas. Tan sólo 1 gramo de alcohol puede aportarnos 7,1 kilocalorías.

Su absorción se efectúa de forma muy rápida tanto en el intestino delgado como en el estómago, y se realiza gracias a la difusión simple. El tiempo para que se pueda absorber dependerá de si se ha ingerido o no comida con anterioridad, de alcohol en cantidad que se haya consumido, incluso depende de las clases de bebidas. Hay una parte de este tóxico que es metabolizado en el estómago por la enzima ADH que en las mujeres tiene menor presencia. Su distribución se hace a gran velocidad por todo nuestro organismo, menos por el tejido graso, y alcanza su umbral de concentración a los 30-90 minutos tras su consumo. Pasa sin dificultad por todas las barreras. Su metabolización mayormente se ejecuta en el hígado, y su principal vía de eliminación son los riñones.

El alcohol provoca efectos notables farmacocinéticos y farmacodinámicos y tienen dependencia directa con el grado de concentración del mismo en el torrente sanguíneo, tipo de consumo, es decir, si es crónico o agudo, y de características de la fisionomía y fisiológicas de la propia persona (Guerri, 2006).

Los trastornos que se relacionan con esta sustancia son clasificadas de la siguiente forma: en ingesta perjudicial y dependencia, abuso, síndrome de abstinencia e intoxicación (CIE-10, 1992).

Dadas las diferentes diversidades culturales, contexto social y la multitud de formas de uso en el consumo de alcohol, para proponer un límite de riesgo se basa en unos criterios con universalidad y que se puedan cuantificar para poder así establecer dicho límite, susceptible a que lo intervengan y llegando a ser perjudicial y patológico. Los criterios serían los siguientes:

-180g/semana o 28UBI (hombre) y 168 g/semana o 17 UBI (mujer). Según la Clasificación Internacional de Enfermedades, el consumo de alcohol en el sector femenino se considera arriesgado o extremadamente peligroso cuando la ingesta a la semana de esta sustancia es superior a 168 gramos

-Se determina que las diferentes cantidades que se recogen en este criterio tienen una equivalencia a una ingesta cada día, por ejemplo, de una de las opciones siguientes: 1 litro de cerveza, 115 ml de whisky, 420 ml de cerveza, un combinado, un licor.

-Consumo mayor a 80 g en un corto tramo de tiempo.

-Ingesta de alcohol en situaciones concretas (mujeres embarazadas). (Guardia J., 2007).

La durabilidad de una intoxicación se verá influenciada por algunos factores como la clase de bebida, cantidad tomada, la velocidad de su ingesta, y de la absorción lo cual depende de si durante el consumo se realizó toma de alimentos o no (Rubio, 2006).

Durante la intoxicación se pasa por varias fases:

-Excitación: alcohol en sangre 0,5g/l.

-Hipnótica: alcohol en sangre 2g/l.

-Anestésica: alcohol en sangre 3g/l.

-Bulbar: alcohol en sangre 5g/l (Petraakis, 2005).

El síndrome de abstinencia se origina por la disminución o interrupción del consumo de alcohol que ha sido elevado y durante un largo periodo de tiempo: para evitar o solventar los síntomas que la abstinencia le producen, el paciente toma una sustancia parecida o la misma. Provoca mal estado general o deteriora las relaciones laborales y sociales. Se le conoce también como mono. Suele comenzar a partir de las 12 horas, tras la dosis última o después de haberse administrado un fármaco antagonista (naloxona) (Ewing, 1984).

El alcoholismo es un problema real, con muchísimos años de evolución y que desafortunadamente va acrecentándose en nuestra sociedad cada vez a edades más prematuras. Magnus Huss, de nacionalidad sueca, bautizó con el término de alcoholismo a esta toxicomanía en el año 1849 (Alonso, 1979).

El consumo de alcohol, lejos del pensamiento y pruebas actuales, se ha considerado de gran beneficio durante nuestra historia, sobre todo en España, con tradición vinícola y con numerosas tradiciones en nuestra cultura que giran en torno al vino en sí mismo. Los datos epidemiológicos que derivan de las encuestas nacionales de salud, de los últimos 15 años aproximadamente, indican que más del 59% del pueblo español ingiere regularmente dicha sustancia, con un 4-6,9% de prevalencia de consumidores de riesgo (más de 39 gr/día en varones y 24 gr/día en mujeres). En los años ochenta se detectaron acusados cambios en las formas de consumo; se pasó de consumir vino de manera diaria, mayormente el género masculino con más de 20 años de edad, a una ingesta de cerveza y otras bebidas destiladas, intermitentemente, sobre todo los fines de semana, tanto hombres como mujeres y mayor incidencia en población adolescente (Ministerio de Sanidad y Consumo, 2007).

El alcohol, además de la gran cantidad de problemas de salud que provoca, es también un pozo de graves problemas a nivel social. El peligro del síndrome de dependencia del alcohol es algo que atañe a todo tipo de personas. En la adolescencia el alcoholismo se considera un factor de riesgo a tener en cuenta, ya que a estas edades hay más probabilidad de que se favorezcan las conductas de consumo de alcohol, bien para reafirmar su propia independencia, toar sus decisiones con libertad, remarcar la masculinidad, creer en ciertos mitos o imitar a las personas adultas. Los factores genéticos, ambientales e incluso el estrés influyen de forma significativa en el alcoholismo en general y en la recaída alcohólica (Eulalia, 2004).

Frecuentemente se reconoce esta enfermedad como la toxicomanía que actualmente dispone de mayor extensión y relevancia en todo el mundo tanto por su repercusión como por su prevalencia, creando consecuencias fatales que todos conocemos, enfermedad y muerte. Sin embargo, es complicado comprender si el alcoholismo es un problema a nivel médico que llega a derivar en problemas sociales o si, inversamente, es un problema social que desencadena, en numerosas ocasiones, casos de problemas de salud-enfermedad que afecta no solo a algunas personas de forma aislada, sino globalmente a toda la sociedad.

Para indagar en esta cuestión es necesario que se reconozca los elementos integradores de dicho fenómeno donde la figura del individualismo, conjuntamente con el entorno social y familiar, desempeña un destacado papel en el desarrollo y promoción de la conducta a estudiar. Por lo tanto, al indagar en este problema toxicológico, las responsabilidades sociológicas no se pueden minimizar a una sola lista de deberes realizados por, consultores, académicos, políticos, medios de comunicación u organizadores de la sociedad civil. El acto de responsabilidad, mayormente, es una actitud personal, que da comienzo con una autorreflexión. De cualquier modo, es un grave problema que debemos abordar de forma interna en nuestra sociedad sin olvidarnos del significado sociocultural que posee esta droga tan adictiva como es el alcohol.

A pesar de los grandes esfuerzos de la sociedad, abordados desde la prevención y promoción de este síndrome, son cada vez más los individuos que siguen consumiendo o se inician a edades muy tempranas, con una clara tendencia a incrementarse que comienza incluso a borrar las distinciones entre ambos sexos con una elevación en los últimos años de consumo entre mujeres (Martha, 2012).

Objetivo

Determinar la incidencia del alcoholismo, las enfermedades derivadas del propio síndrome y estudiar las diferentes estrategias para su detección y su tratamiento.

Metodología

Se realiza revisiones sistémicas, a través de bases de datos secundarias como Scielo, Pubmed y Elsevier, de diferentes artículos y estudios relacionados con nuestra temática a tratar. Para ello se utilizaron los siguientes criterios de inclusión:

- Idiomas: inglés y español.
- Tiempo: no se realiza limitación temporal.
- Descriptor booleanos: and y or.

Palabras claves: trastorno, alcohol, dependencia, tratamiento, escala.

Resultados

Según las revisiones por diferentes publicaciones de estudios y artículos, se han encontrado varios resultados referentes a nuestro tema abordado, que son los que comentamos a continuación.

Se ha determinado que tan sólo en España existe una cantidad aproximada de 3 millones de alcohólicos, estimándose una prevalencia entre 4-12%, variando entre distintas zonas geográficas, y destacando la prevalencia en hombres con una proporción con respecto a las mujeres de 5 a 1 (Novel, Lluch, y Miguel, 2000).

Existe un predominio mayor del sexo masculino para el consumo de alcohol, aunque, bien es cierto, que cada vez se da una mayor adicción por parte de las mujeres y en la población joven generalmente, se identifica en más del 15 % de personas mayores de 65 años y se denota una incidencia por todo el mundo de gran escala (Freedman, 1992).

El alcoholismo es una de las causas por las que se originan con más frecuencia transgresiones sociales como peleas y violaciones, relaciones sexuales sin protección alguna, abandono laboral y familiar. Se relaciona a nivel mundial con aproximadamente el 50 % de las muertes acontecidas por accidentes de tráfico y más del 28% de las detenciones policiales y homicidios. Reduce de 11 a 14 años la esperanza de vida y justifica más del 25% % de las inclusiones psiquiátricas y el 7,5 % de los ingresos por enfermedades psicóticas. Se ha identificado también con cerca de la mitad de los encarcelados a causa de faltas y de delitos de gravedad, inclusive asesinatos. Se relaciona con una tercera parte de actos violentos y delincuencia y entre el 21 y el 24,5 % de los fallecimientos por accidentes (González, 1992).

Exceptuando ciertos países de cultura islámica e hindú donde la ingesta de alcohol es ínfima debido a las tradiciones o influencias de la religión, alrededor del 69 % de la población, mayores de 15 años de edad, consume este tóxico en algunas proporciones, alrededor del 4% tienen dependencia y, de ellos, el 9,5 % probablemente acabarán siendo bebedores asiduos los cuales acabaran teniendo serios problemas sociales o de salud. En la actualidad España se encuentra cuarta en el ranking mundial de ingesta de alcohol después de Luxemburgo, Francia y Alemania. Cada ciudadano español toma una media de 100 litros de alcohol al año, aproximadamente el 3,8 % de nuestra población ingiere a diario más de 90 g. Se ha determinado un aumento en la consumición de alcohol de cerca del 28 % en los países desarrollados en los últimos 20 años, causado por el incremento de población durante este tiempo. En Cuba, el 45% de mayores de 15 años toman alcohol, existiendo una prevalencia de dicha adicción entre el 8 y el 10%, uno de los menores índices que se estima en Latinoamérica, con una mayor incidencia en edades que distan entre los 15 y 40 años. Se debe incidir que en los últimos años la consumición se ha elevado potencialmente en España tal como hemos indicado anteriormente, que el 90% de la población se inicia en el consumo antes de los 25 años y que mayormente son las personas bebedoras entre 25 y 40 años las que se inician con problemas serios por dicho tóxico. Según las investigaciones se estima que el alcoholismo puede influir sobre un 38% de los pacientes que acuden al servicio de urgencias y que más

del 1,5% de los pacientes que ingresan en el área hospitalaria sufren alguna enfermedad secundaria o potenciada por el consumo en exceso de esta sustancia (Muracén, 2001).

Se han detectado varias enfermedades secundarias al alcoholismo:

- Síndrome de abstinencia alcohólica.

- Síndrome de Wernicke-Korsakoff:

- Encefalopatía de Wernicke: es de comienzo brusco, con oftalmoplejía, ataxia, seguida de trastorno mental. La mente se altera, desembocando en un estado confusional acompañado de desorientación, falta de respuesta y trastorno de la memoria anterógrada y alteraciones de la percepción. Casi siempre es reversible. Es una emergencia médica.

- Psicosis de Korsakoff: de tipo confabulatoria. Lo más característico es la alteración de la memoria en una persona normalmente responsable y alerta.

-Mayor probabilidad de infarto agudo de miocardio.

-Desnutrición.

-A nivel hepático: cirrosis, hepatitis y cáncer de hígado.

-Delirium tremens: es un estado confusional que tiende a aparecer en personas con problemas de dependencia alcohólica y con una trayectoria prolongada en la consumición del mismo que suele manifestarse normalmente cuando se disminuye dicha ingesta notablemente, o cuando se interrumpe bruscamente el consumo del mismo en un individuo que lo toma de forma crónica, aparece en consumidores dependientes físicamente. El síntoma fundamental de esta enfermedad es el deterioro o la alteración de la consciencia, con desorientación temporoespacial (Arvers, 2005).

Discusión/Conclusiones

Dados los resultados encontrados en las diferentes revisiones sistémicas realizadas, podemos concluir varias cosas, que el alcoholismo es un problema real y de gran envergadura no sólo en España, sino a nivel mundial, que sus efectos provocan desde problemas fisiológicos, como las enfermedades mencionadas con anterioridad dentro de los resultados, hasta problemas sociales que dificultan las interrelaciones personales y que puede derivar a problemas personales que dificulten la labor profesional de quién lo padece.

Nuestra labor de enfermería sería realizar campañas de prevención en referencia al consumo de alcohol, incidiendo particularmente en los jóvenes ya que, según los diferentes estudios a los cuales hemos podido acceder, es la población más susceptible para comenzar en la ingesta de alcohol, y con gran probabilidad de acabar abusando de dicho tóxico. También cabe remarcar el importantísimo papel que desempeña la familia en el desarrollo o no de esta adicción ya que, según la influencia de la misma, los jóvenes tendrán más predisposición a la ingesta de alcohol.

En los pacientes dependientes al alcohol deberemos abordar la problemática desde diferentes perspectivas.

1. Primero detectaremos el problema o bien por asociación de enfermedades secundarias al alcoholismo, o por cuestionarios específicos o entrevistas estructuradas, serían los siguientes:

- ASI (Addiction Severity Index) de McLellan. Es una entrevista estructurada diseñada para poder obtener información básica sobre diferentes ámbitos de la vida del paciente con la finalidad de ayudar al diagnóstico y de evaluación de los cambios clínicos y los resultados de los tratamientos, pudiendo obtener así el índice de gravedad de la adicción (Simonovis, 1994).

- AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test). Proyecto realizado por la OMS, para poder detectar tanto a consumidores de riesgo como personas alcohólicas dependientes; sirve para identificar trastornos causados por la consumición irresponsable de alcohol. Este test no es determinante. Tiene un sistema de puntuación que dista entre 0 y 40 puntos y a mayor puntuación indicará una dependencia mayor. Según los resultados indican lo siguiente:

- Si puntuación supera los 8 puntos, detecta un posible problema con el consumo de alcohol (Adewuya, 2005).

- CAGE. Test para detección de individuos en riesgo. Con este test podremos encontrar personas con un comportamiento inadecuado que puede alterar su salud. Detecta la ingesta irresponsable de alcohol. La valoración sería la correspondiente:

- 1 punto: problemas con el consumo de alcohol.

- Igual o mayor a 2 puntos: indicaría dependencia (Ewing, 1984).

- MALT. Es un cuestionario mixto, es decir, debe responderse por dos partes, una por el paciente y otra por el personal sanitario y si sale un resultado positivo detecta a sujetos con un riesgo considerable de padecer dependencia alcohólica o personas que ya están enfrascadas en el alcoholismo.

Este cuestionario consta de dos partes remarcadas, tal como hemos indicado anteriormente. El MALT 0 ha de rellenarse por el personal sanitario. El MALT S debe rellenarse por el propio paciente. Para una mejor comprensión de este cuestionario presentamos las dos partes (Rodríguez, 1993).

- De 0 a 5 puntos: no existe alcoholismo.

- De 6 a 10 puntos: riesgo de padecer dependencia alcohólica o posible alcoholismo.

- Mayor o igual a 11 puntos: alcoholismo.

2. Intervendremos en personas con dependencia implicando los siguientes procesos:

- Desintoxicación.

- Tratamiento del síndrome de abstinencia. Consta de varias fases:

- Fase I desintoxicación: ha de superarse los efectos provocados por el síndrome de abstinencia.

- Fase II: el sujeto adquiere ciertas capacidades y hace uso de recursos para poder superar y enfrentar cara a cara su dependencia. Es la fase más larga.

- Fase III reinserción: en esta fase se busca conseguir un funcionamiento a nivel personal y mejorar las relaciones sociales que pueda permitir al sujeto una vida plena y normalizada.

- A nivel ambulatorio y hospitalario, en planta o unidad específica.

- Deshabitación. (Psicoterapias, asociaciones de autoayuda como alcohólicos anónimos.) En este proceso se usan distintos tipos de medicamentos.

- Disuasorios o interdictores: cuando se vuelve a ingerir la misma sustancia provocan una reacción adversa. Intervienen en la metabolización del alcohol, acumulando acetaldeído, que es tóxico. (Disulfiram, Cianamida cálcica).

- Fármacos que minimizan la compulsión y deseo del consumo de alcohol (Naltrexona, Acamprosato).

- Mantenimiento de la abstinencia.

- Prevención de la recaída.

En definitiva, la acción del personal sanitario es de vital importancia para una buena profilaxis y para un buen manejo de individuos que ya sufren este gran problema de salud y social al que llamamos alcoholismo.

Referencias

Adewuya, A.O. (2005). Validation of the Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) as a screening tool for alcohol-related problems among Nigerian university students. *Alcohol and Alcoholism*, 40, 575-577.

Alonso, F. (1979). *Bases psicosociales del alcoholismo. Trabajo de inscripción en la Real Academia Nacional de Medicina*. Madrid, 79.

Arvers, P. (2005). Alcohol y problemas relacionados con el alcohol en Francia. Trastornos adictivos. *Órgano Oficial de la Sociedad española de Toxicomanías*, 7(2), 59-68.

Chang de la Rosa, M. (2012). El consumo de alcohol como un problema de salud pública. *Revista Cubana de Higiene y Epidemiología*, 50(3), 425-426. Instituto Nacional de Higiene, Epidemiología y Microbiología. Ciudad de La Habana, Cuba.

CIE-10. (1992). Trastornos mentales y del comportamiento. Décima revisión de las enfermedades mentales.

- Ewing, J.A. (1984). Detecting alcoholism: the CAGE questionnaire. *JAMA* 252, 1555-1574.
- Freedman, A., Kaplan, H., y Sadock, B. (1992). Alcoholismo y psicosis alcohólica. En E. Morris, y M.D. Chafetz (Eds.) *Tratado de Psiquiatría*. La Habana: Editorial Científico-Técnica; pp. 1481-1497 (Edición Revolucionaria).
- González Menéndez, R. (1992). El cuestionario de indicadores diagnóstico (CID) en la detección de morbilidad alcohólica adulta. *Revista Hospital Psiquiatría*, 33(1), 7-12.
- Guardia, J. (2007). *Guía clínica para el tratamiento del alcoholismo*. Socidrogalcohol.
- Guerri, C. (2006). *Bases biológicas. Alcohol. Tratado SET de trastornos adictivos*. Sociedad española de toxicomanías. Editorial Médica Panamericana, 153-157.
- Muracén Disotuar, I., Martínez Jiménez, A., Aguilar Medina, J.M., y González Rodríguez, M.R. (2001). Pesquisaje de alcoholismo en un Área de Salud. *Revista Cubana Medicina General Integrada*, 17(1), 62-67.
- Novel, M.G., Lluch, M.T., y Miguel, M.D. (2007). *Enfermería psicosocial y salud mental*. Barcelona: Masson.
- Observatorio Español sobre Drogas. (2007). *Informe 2006. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas*. Ministerio de Sanidad y consumo: Madrid.
- Petrakis, I.L., Poling, J., Levinson, C., Nich, C., Carroll, K., Rounsaville, B., y the VA New England VISN I MIRECC Study Group. (2005). Naltrexone and disulfiram in patients with alcohol dependence and comorbid psychiatric disorders. *Biol Psychiatry*, 57, 1128-1137.
- Rodríguez Martos, A. (1993). Utilidad del MünchnerAlkoholismusTest (MALT) en el diagnóstico de alcoholismo. *Atención Primaria*, 11, 185-193.
- Rubio, G., y Santo-Domingo, J. (2006). Clínica psiquiátrica del alcoholismo. *Tratado SET de trastornos adictivos*. Sociedad española de toxicomanías. Editorial Médica Panamericana, 169-172.
- Simonovis, N., Piras, R., Delgado, P., Pulido P., y Llatas, I. (1994). Alcoholismo: Un nuevo cuestionario breve diagnóstico. *Medicina Interna*, 10(3), 105-109.

CAPÍTULO 10

Intervenciones psicológicas de enfermería en el sobrepeso

Pablo Tortosa Tortosa*, Francisca López Gutiérrez*, y Leticia López Rivas**

**Hospital de Poniente; **Hospital García-Orcoyen*

Introducción

La OMS otorga la consideración de epidemia del siglo XXI y debe de convertirse en el mayor de los retos para la salud pública. El acumulo de manera excesiva de materia grasa en tejido subcutáneo da lugar al sobrepeso y obesidad, desencadenante de numerosas patologías que podrían incluso poner en riesgo la vida del individuo. Es considerada una epidemia en los países desarrollados llegando a afectar a todo rango de edades. Para el diagnóstico debe de cuantificarse el acumulo de materia grasa en el organismo, la herramienta más útil para la medida es el índice de masa corporal (IMC) (Becker et al., 2006; Paul-Ebhohimhen y Avenell, 2009).

No debe bastar con una educación nutricional ya que esto ha demostrado un efecto rebote al volver el paciente a su hábitos de vida anteriores, haciéndose útil el abordaje del problema de manera holística para lo que se hace indispensable un abordaje en el plano psicológico del paciente. Es por ello que la terapia cognitivo-conductual es una herramienta que ha demostrado su validez en la pérdida de peso, ya que trabajaremos sobre los hábitos alimentarios y los estilos de vida del paciente, consiguiendo una pérdida de peso progresiva y sostenida en el paciente (Caballo, 1997; Douketis, Macie, Thabane, y Williamson, 2005).

La Terapia Cognitivo-Conductual se muestra como un procedimiento útil para la pérdida de peso. Se trata de modificar no solo el peso si no los hábitos alimentarios y de vida. Siendo un tratamiento útil, no es todavía un tratamiento definitivo (Renjilian et al., 2001; DiMarco, Klein, Clark, y Wilson, 2013; Wadden, Butryn, y Byrne, 2004). Además, la dificultad en mantener los logros a lo largo de los años plantea la necesidad de hacer un programa de seguimiento y mantenimiento que pueda garantice la pérdida de peso conseguida (Befort, Donnelly, Sullivan, Ellerbeck, y Perri, 2010; Becker, Rapps, y Zipfel, 2007; Paul-Ebhohimhen y Avenell, 2009).

Objetivos

- Conocer el abordaje del paciente obeso.
- Establecer cómo mejorar la adhesión al tratamiento del paciente.

Metodología

Se hizo una búsqueda bibliográfica en las bases de datos Scielo, Dialnet y Pubmed Usando los DeCS, obesidad, plan, actuación y MeSH obesidad combinados con los operadores booleanos or y and. Los criterios de inclusión fueron artículos en castellano e inglés con una antigüedad no superior a 10 años excluyendo al resto. De los 960 encontrados se seleccionaron los 10 más relevantes.

Resultados

Según los estudios consultados, gran parte de los individuos que presentaban sobrepeso y sobre los que se actuó únicamente con medidas dietéticas abandonaron el tratamiento antes de obtener el peso ideal y presentaron altas tasas de efecto rebote (Becker et al., 2006; DiMarco, Klein, Clark, y Wilson, 2013). Aquellos enfermeros que realizaron un abordaje del paciente de manera holística, haciendo hincapié en el plano psicológico del paciente obtuvieron los mejores datos en cuanto a la fidelidad en el

tratamiento del enfermo. Desarrollar un cuadro actividades físicas, conjugada con un plan dietético de acuerdo a la condición física y edad del paciente, motivándolo en cada visita a la consulta para que mejore el tiempo dedicado al ejercicio físico es una herramienta práctica. Mostrarse cercano y comprensivo con los problemas personales que rodean a cada paciente reducen los niveles de ansiedad asociado al plan de tratamiento (Wiltink et al., 2007; Renjilian et al., 2001; Paul-Ebhohimhen y Avenell, 2009).

La obesidad presenta factores heterogéneos, con una causa multifactorial que es compleja y está acompañada de gran comorbilidad, posee la característica de carácter crónico, lo que hace inviable las soluciones rápidas y definitivas, por lo general la obesidad esta aparejada a trastornos de la conducta alimentaria (TCA), problemas de depresión u otras patologías, esta hace ver que requiere de un abordaje con un programa multidisciplinario (Wing y Phelan, 2005; DiMarco, Klein, Clark, y Wilson, 2013; Paul-Ebhohimhen y Avenell, 2009).

Es importante adecuar el plan terapéutico a las particularidades y necesidades de cada paciente, en el que debemos de tener en cuenta el exceso de masa corporal, las complicaciones físicas del paciente, su patología asociada y los tratamientos realizados con anterioridad en pérdida de peso (Becker, Rapps, y Zipfel, 2007; Becker et al., 2006; Douketis, Macie, Thabane, y Williamson, 2005).

Se hace necesario que el profesional de enfermería tenga nociones y conocimientos de nutrición, psicología, y conozca las patologías potenciales que pueden estar afectando a nuestro paciente en la ganancia de peso, debiendo valorar en cada caso la realización de interconsultas al especialista adecuado en caso de hacerse necesario (Wiltink et al., 2007; Caballo, 1997; Becker et al., 2006). Es importante saber que la mayoría de pacientes que consultan por obesidad tienen la falsa creencia que la realización de una dieta se basta por si sola para la pérdida de peso, sin tener conciencia de los estilos de vida que los llevaron a esa situación de sobre peso, no debemos contribuir a esta creencia y es por ello que se hace necesaria un entrevista de enfermería basada en estilos de vida, estado emocional y patologías asociadas que estén interactuando en la vida de nuestra paciente. Debemos de dejar claro al paciente desde el primer momento que no modificar los estilos de vida anteriores abocara al fracaso todas nuestras actuaciones y harán estériles todos sus esfuerzos y sacrificios realizados durante la fase activa de pérdida de peso (Wiltink et al., 2007; Renjilian et al., 2001; Anderson, Konz, Frederich, y Wood, 2001).

La pérdida de peso debe de ser la suficiente para mejorar la salud del paciente, algunos autores cifran está en el 5% del peso inicial. Las cifras de paciente que recuperan el peso inicial al año de finalizar el tratamiento se encuentran entre el 30% y 35%, siendo más del 50% las personas que durante los 3-5 años posteriores alcanzan un peso mayor del inicial. UN grupo importante de los pacientes consigue durante el primer año mantener un 5% de la pérdida de peso conseguida (DiMarco, Klein, Clark, y Wilson, 2013; Caballo, 1997; Renjilian et al., 2001).

Psicoterapia y obesidad

El abordaje terapéutico puede realizarse tanto de forma grupal o con sesiones individuales, pero obtienen mejores resultados aquellas sesiones que se realizan de forma grupal y cada paciente expone sus experiencias y comparte sus resultados con el grupo, sobre aquellas conductas como la alimentación adecuada y ejercicio físico ya que al tener objetivos comunes motivaran al grupo a conseguirlos juntos, copiando conductas de aquellos que los superen (DiMarco, Klein, Clark, y Wilson, 2013; Caballo, 1997; Renjilian et al., 2001). La piedra angular de nuestras actuaciones debe de ser el conseguir un cambio en los estilos de vida del paciente obeso, trabajando sobre el sedentarismo, aumentando la actividad física e identificar aquellos factores emocionales que repercuten la obesidad (Befort, Donnelly, Sullivan, Ellerbeck, y Perri, 2010; Caballo, 1997; Paul-Ebhohimhen y Avenell, 2009).

Los problemas emocionales deberán de abordarse mediante técnicas de psicoterapia según las posiciones teóricas: terapia de conducta, tratamiento cognitivo-conductual, terapia interpersonal y terapia psicodinámica. Las técnicas conductuales de automonitorización o control de estímulos abordaran los

etilos de vida para una dieta adecuada (Douketis, Macie, Thabane, y Williamson, 2005; Becker, Rapps, y Zipfel, 2007; Anderson, Konz, Frederich, y Wood, 2001).

Claves del tratamiento

Los factores claves para el éxito de nuestro tratamiento deben de ser valorados y tenidos en cuenta antes de iniciar el tratamiento, serán la motivación y psicoeducación, manejarlos debidamente mejorara los resultados y ayudaran a un mantenimiento adecuado de los logros obtenidos (Becker, Rapps, y Zipfel, 2007; Douketis, Macie, Thabane, y Williamson, 2005).

Motivación

Debemos de ser conscientes que la advertencia por parte del profesional sanitario de la necesidad de bajada de peso no es eficaz perse, ya que esto hará reflexionar al paciente, pero no será estímulo suficiente para afrontar el reto que supone la pérdida de peso (Becker et al., 2006). Es aquí donde se hacen necesarias herramientas de motivación que harán que el afrontamiento por parte de nuestro paciente se ha mucho más positivo. La motivación es un prerrequisito para empezar una terapia con buen pie. Todo profesional que haya trabajado el tema sabrá que los pacientes obesos tienen dificultad para encontrar la motivación adecuada para afrontar el reto que supone romper con los hábitos de vida anteriores que le han llevado a la situación actual. Es importante durante las primeras entrevistas poner énfasis en los logros físicos, facilitar las herramientas para bajar de peso y mantenerlo de manera adecuada, explicar al paciente que factores como ansiedad, sentimientos y emociones deben de canalizarse por vías alternativas a la comida (Caballo, 1997; DiMarco, Klein, Clark, y Wilson, 2013). Los planteamientos de participar en grupos de psicoterapia deben de dejarse para más adelante ya que estudios demuestran que la participación de en los mismos es rechazado si se plantea de forma precipitada. De esta forma promoveremos la confrontación activa del paciente con sus propias conductas y creencias, de manera que el autocuestionamiento haga descubrir en el paciente la necesidad de cambio en sus patrones habituales (Wiltink et al., 2007; Renjilian et al., 2001; Becker et al., 2006).

Existe un porcentaje de pacientes que considera a una pequeña pérdida de peso como algo insignificante, lo que revela sus altas expectativas que podrían ser fruto de una falta de información. Indicando que sus metas son difícilmente realizables o irreales, y producirán en nuestro paciente una constante insatisfacción con nuestro tratamiento. Ello puede influir en una disminución de la motivación para seguir nuestras recomendaciones, mermando el interés de mantener una colaboración activa, propiciando incluso el abandono debido a la frustración que en él se ha generado (Befort, Donnelly, Sullivan, Ellerbeck, y Perri, 2010; Becker, Rapps, y Zipfel, 2007).

Todos los pacientes no aceptan la psicoterapia de la misma manera, lo que da lugar a que cada paciente afronte y maneje el cambio en los patrones de conducta de forma diferente, por lo que la motivación de cada paciente será diferente (Douketis, Macie, Thabane, y Williamson, 2005; DiMarco, Klein, Clark, y Wilson, 2013).

Una herramienta que ha demostrado su efectividad es la entrevista motivacional, que ha de ser complemento para las estrategias que comúnmente utilizamos con este tipo de pacientes. Nuestro objetivo debe de estar fijado en motivar una voluntad de cambio en los áreas que el paciente muestra mayor inseguridad y ambivalencia. Como característica principal de esta entrevista es que el enfoque debe de estar puesto en aquellos campos en que el paciente ha demostrado mayor resistencia a cambiar, ayudando al paciente a encontrar el estímulo necesario para el cambio, mostrando las ventajas e inconvenientes que presentan dichos cambios positivos con su estilo de vida anterior, creando la disonancia cognitiva que favorecerá la sensación de incongruencia, repercutiendo positivamente sobre la motivación de nuestro paciente (Becker, Rapps, y Zipfel, 2007; Douketis, Macie, Thabane, y Williamson, 2005; Paul-Ebhohimhen y Avenell, 2009).

Psicoeducación

Se hace necesario para espolear la motivación de nuestro paciente un programa psicoeducativo, por lo que trabajaremos el deseo de cambio y el mantenimiento (Wiltink et al., 2007).

Debemos ser conscientes que el paciente obeso por lo general ha realizado varias dietas con un resultado negativo o insuficiente. La información que maneja nuestro paciente que acude por primera vez a la consulta es suele ser excesiva e inadecuada sobre dietas y alimentación. Son pacientes que esperan cambios rápidos y muy marcados, con un concepto equivocado de que estando delgados obtendrán más éxitos personales y obtendrán mayor auto aceptación, y más aceptación de la sociedad, dejando los motivos de salud en un tercer o cuarto plano. Por desgracia la idea de dieta que presentan nuestros pacientes es errónea dando poca importancia a la comida sana y adecuada. Es por ello que se hace necesaria una educación sanitaria en alimentación, así como un módulo psicológico que haga que nuestro paciente se involucre con nosotros, donde daremos información veraz y adecuada, que desmante sus falsos mitos y creencias. Debemos de trabajar en diversas áreas que serán: (Renjilian et al., 2001; Caballo, 1997).

- Alimentación.

Trabajaremos sobre el conocimiento de la alimentación sana, repercusión del sobre peso en el organismo, que produce o desencadena la obesidad, autoobservación y seguimiento de las indicaciones, marcar objetivos reales de pérdida de peso, instauración de objetivos.

- Emociones.

Trabajaremos la importancia que tienen los sentimientos, emociones y pensamientos sobre la conducta humana, el éxito de nuestro tratamiento.

- Actividad y Ejercicio.

Debemos de transmitir al paciente el concepto de que la actividad física y ejercicio adecuado será aquel que de manera suficiente y sostenida en el tiempo es el adecuado para favorecer el estado de salud y mantener el peso en un rango saludable.

- Familia.

La familia es un puntal indispensable para conseguir nuestras metas, para ello debemos de explicar nuestro programa y fijar nuestras metas.

Tratamiento psicológico

Para abordar el tratamiento de la obesidad podemos hacerlo de maneras diversas, pudiendo combinar la terapia conductual y la terapia cognitivo conductual, lo que ha demostrado los mejores resultados (Caballo, 1997).

Puede ser necesario valorar la interconsulta con un especialista en psicología, en aquellos casos que demuestren una dificultad para conseguir nuestros objetivos ya que diversos estudios han demostrado algunos resultados favorables utilizando técnicas de hipnosis. En nutras manos como enfermeros son de utilidad herramientas como la terapia interpersonal, psicodinámica o técnicas de relajación (Wiltink et al., 2007; Caballo, 1997).

No es raro que en este tipo de paciente concurren problemas o trastornos que interfieran en la evolución de nuestro tratamiento impidiendo el progreso, debemos de realizar una buena entrevista de enfermería con el fin de poder detectarlos para actuar sobre ellos. Ejemplo de ello puede ser los TCA donde presentan bulimia nerviosa. Es usual el síndrome del comedor nocturno que serán aquellos que necesitan de picotear en las comidas, o que precisan de ingerir alimentos de alto poder calorífico. Otros trastornos presentes pueden ser los depresivos o del humor. Estos problemas debemos de abordarlos desde un principio (Caballo, 1997; DiMarco, Klein, Clark, y Wilson, 2013).

- Tratamiento Cognitivo Conductual.

Será aquel que contenga componentes cognitivos junto con ciertos procedimientos de comportamientos para el abordaje de una conducta alimentaria sana sumados a una cantidad, según los

estudios consultados aquellas terapias que contenían aspectos o enfoques puramente conductuales o puramente cognitivos eran menos eficaces que los que los combinaban, mejorando así la pérdida de peso como el mantenimiento de los objetivos alcanzados (Wing y Phelan, 2005).

Así pues una terapia cognitivo-conductual eficaz será aquella que motive en nuestro paciente a que se plante que debe de cambiar y como puede cambiarlo. Para ellos debemos de solicitar a nuestro paciente a que analice su conducta, sus pensamientos y que sentimientos despiertan en él así como la relación existente entre estos y su comportamiento hacia la comida, identificando conductas alternativas más saludables y que puede incorporar a su rutina (Wadden, Butryn, y Byrne, 2004; Befort, Donnelly, Sullivan, Ellerbeck, y Perri, 2010).

Discusión/Conclusiones

Al inicio del tratamiento los problemas que mejor reconoce nuestro paciente suelen ser aquellos que afectan a su imagen corporal, la belleza y la salud, pero no es capaz de reconocer los estilos de vida y conducta que le han llevado a esta situación (Caballo, 1997; Renjilian et al., 2001; Paul-Ebhohimhen y Avenell, 2009).

Las intervenciones que podemos llevar a cabo son:

Técnicas de autocontrol: donde el paciente debe de autoevaluarse, llevara un registro de comidas y las situaciones desencadenantes que han motivado un abuso de la ingesta. Dar consejos como masticar bien la comida, comer despacio y hacerlo sentado son de ayuda.

Reestructuración cognitiva: Nuestros pacientes poseen sus propias emociones que pueden llevar a una ingesta abusiva, debemos de identificar a aquellos pensamientos negativos para sustituirlos por pensamientos positivos.

Focos de trabajo: Las áreas que tendremos que trabajar, será la autoestima, y el control de estímulos de las críticas, que detecte sus propios puntos fuertes, para que reafirme sentimientos positivos.

Enseñar herramientas para la superación de dificultades: estrategias para el manejo de estrés y la necesidad de comer, habilidad social y resolución de problemas.

Seguimiento y evolución: la reevaluación en los cambios obtenidos son importantes para que nuestro paciente detecte el cambio positivo y negativo.

Referencias

- Anderson, J.W, Konz, E.C., Frederich, R.C., y Wood, C.L. (2001). Long-term weight-loss maintenance meta-analysis of US studies. *Am J Clin Nutr*, 74(5), 579-584.
- Becker, S., Nieß, A., Hipp, A., Fritsche, A., Gallwitz, B., Granderath, F., et al. (2006). Adipositas –eine interdisziplinäre Aufgabe. *Ther Umsch*, 63(8), 509-514.
- Becker, S., Rapps, N., y Zipfel, S. (2007). Psychotherapie bei Adipositas - Ein systematischer Überblick. *Psychother Psychosom. Med Psychol*, 57(11), 420-427.
- Befort, C.A., Donnelly, J.E., Sullivan, D.K., Ellerbeck, E.F., y Perri, M.G. (2010). Group versus individual phone-based obesity treatment for rural women. *Eat Behav*, 11(1), 11-17.
- Caballo, V. (1997). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos*. 1st ed. Madrid: Siglo XXI.
- DiMarco, I.D., Klein, D.A., Clark, V.L., y Wilson, G.T. (2013). The use of motivational interviewing techniques to enhance the efficacy of guided self-help behavioral weight loss treatment. *Eat Behav*, 10(2), 134-136.
- Douketis, J.D., Macie, C., Thabane, L., y Williamson, D.F. (2005). Systematic review of longterm weight loss studies in obese adults: clinical significance and applicability to clinical practice. *Int J Obes*, 29, 1153-1167.
- Paul-Ebhohimhen, V., y Avenell, A. (2009). A Systematic Review of the Effectiveness of Group versus Individual Treatments for Adult Obesity. *Obesity Facts*, 2, 17-24.
- Renjilian, D.A., Perri, M.G., Nezu, A.M., McKelvey, W.F., Shermer, R.L., y Anton, S.D. (2001). Individual versus group therapy for obesity: effects of matching participants to their treatment preferences. *J Consult Clin Psychol*, 69(4), 717-721.

Wadden, T.A., Butryn, M.L., y Byrne, K.J. (2004). Efficacy of lifestyle modification for longterm weight control. *Obes Res*, 12(Supl 1), 151-162.

Wiltink, J., ADippel, A., Szczepanski, M., Thiede, R., Alt, C., y Beutel, M.E. (2007). Long-term weight loss maintenance after inpatient psychotherapy of severely obese patients based on a randomized study: Predictors and maintaining factors of health behaviour. *Journal of Psychosomatic Research*, 62(3), 691-698.

Wing, R.R., y Phelan, S. (2005). Long-term weight loss maintenance. *Am J Clin Nutr*, 82(Supl 1), 222-225.

CAPÍTULO 11

Radioterapia y tipos de tumores cerebrales

Verónica Cruz Ramón*, Antonia Córdoba Serrano*, y Rosa María Ortega Visiedo**

*Complejo Hospitalario Torrecárdenas; **Hospital de Jerez

Introducción

Hay que tener en cuenta que “buscamos que la medicina sea un campo ordenado de conocimiento y procedimiento. Pero no lo es. Es una ciencia imperfecta, una empresa de conocimiento en constante cambio, información incierta, individuos falibles, y al mismo tiempo vive en la línea. Hay ciencia en lo que hacemos, sí, pero también habito, intuición y, a veces, adivinanzas (Gawande, 2003).

Definimos los tumores cerebrales como una masa de células nerviosas caracterizadas por un crecimiento anormal que se pueden encontrar situadas en cualquier parte del cerebro. Los tumores que nos podemos encontrar los podemos clasificar como primarios o secundarios. Los tumores primarios son aquellos tumores que se originan a partir de las células, nervios, glándulas cerebrales o de las meninges. Los tumores secundarios o también denominados metástasis, son aquellos cuyo origen no se encuentra situado en el cerebro, es decir, que el tumor original se haya en cualquier parte del cuerpo pero que por diseminación de células de dicho tumor ha llegado a otro lugar distinto del origen del tumor (Botero y Alonso, 2009).

Para clasificar los tumores cerebrales disponemos de distintas posibilidades, como por ejemplo tener en cuenta el tipo de tejido del que procede, puede formarse a partir de tejido adiposo, de células gliales, de células inmunitarias (linfocitos). Hay que comentar que si un tumor cerebral está formado por células glia, este tumor será nombrado entre los facultativos médicos como glioma. Dentro de los gliomas nos encontramos distintos tipos como por ejemplo el astrocitoma, el glioblastoma, el meningioma, etc., que son los más comunes. También nos podemos encontrar otro tipo de tumores cerebrales como ependimomas, meduloblastoma, oligoendogliomas, etc. Hay que tener en cuenta que existen tumores mixtos formados por diferentes tipos de tejidos (Tena, 2012).

Otra clasificación es la que estableció la Organización Mundial de la Salud en 1979 que se basó en el origen de las células originales del tumor en sí y las características morfológicas unidas al pronóstico. Según esto, la clasificación según la Organización Mundial de la Salud es:

OMS Grado I: Tumores circunscritos, de lento crecimiento y bajo potencial de conversión a un tumor de mayor malignidad. Este tipo de tumores son tratadas con neurocirugía.

OMS Grado II: Tumores de borde difuso, lento crecimiento y, algunos, con tendencia a progresar a tumores de mayor malignidad.

OMS Grado III: Tumores infiltrantes con células atípicas o anaplásicas y mayor número de mitosis.

OMS Grado IV: Tumores de rápido crecimiento con alta tasa mitótica, pudiendo presentar vasos de neoformación y áreas de necrosis (OMS, 2000).

Los tumores OMS II, III y IV, al tener bordes difusos su exéresis suele ser incompleta, por lo que requieren seguimiento imagenológico y, especialmente en lesiones OMS III y IV tratamiento de carácter oncológico como radioterapia y quimioterapia.

Los factores etiológicos de los tumores cerebrales son muy variados entre, ellos podemos hablar de los químicos, físicos, biológicos, genéticos, etc. Con respecto a los químicos podemos comentar que influyen como los pesticidas, insecticidas, etc. En los derivados del antraceno podemos comentar que inducen al desarrollo de ciertos tumores como meningiomas, fibrosarcomas, meduloblastomas, gliomas y ependimomas. Los nitratos y compuestos nitrosos son sustancias neurocarcinógenas y si se administran

de forma sistemática pueden producir tumores cerebrales. El cloruro de vinilo produce gliomas. Con respecto al factor genético, hay algunos síndromes hereditarios (esclerosis tuberosa, la neurofibromatosis, el síndrome de Li-Fraumeni y el síndrome de Lynch), que presentan una incidencia alta en los tumores cerebrales (Bondy, 1994). También hay estudios que demuestran una asociación entre las enfermedades alérgicas (asma, eccemas, etc.) y la incidencia de gliomas (Schlehofer, 1999).

Si hablamos de los agentes físicos, hay que tener en cuenta los traumatismos craneoencefálicos y las cicatrices por fracturas con hundimiento ya que pueden causar meningiomas y gliomas. Otro aspecto ha descatar es la exposición a radiaciones ionizantes terapéuticas, la aplicación de dosis de radiación durante la infancia se asocia a un elevado riesgo de tumores del sistema nervioso central (Preston-Martin y Mack, 1996).

Con respecto al factor biológico hay que decir que hay algunos virus que producen tumores cerebrales.

Las incidencias de tumores del sistema nervioso central en la población en general oscilan entre el 2% y el 14%, pero con respecto a las cifras de mortalidad estas son muy variables.

Podemos decir que hay tumores que afectan exclusivamente a adultos, otros que afectan exclusivamente a niños y tumores que se pueden dar tanto en niños como a adultos. Con respecto a los niños las leucemias son el primer tipo de cáncer seguido de los tumores cerebrales. En ellos los que más se desarrollan son el meduloblastoma y el astrocitoma cerebeloso. En adultos no podemos decir lo mismo, los tumores cerebrales ocupan el 13º lugar.

Con respecto al sexo se da más en varones que en mujeres, predominando en mujeres los tumores benignos. Sin embargo en hombres no podemos comentar lo mismo, ya que en ellos predominan los malignos.

Con respecto a la edad, hay que decir que hay una gran incidencia en pacientes con una edad comprendida entre los 75 y 85 años incluyendo ambos sexos, siendo más frecuentes el glioblastoma y el astrocitoma. Hay que decir que si el tumor que vamos a tratar es un glioblastoma multiforme, mejorara la supervivencia del paciente si usamos radioterapia asociado a la temozolomida, es decir, aplicando un tratamiento adyuvante que si solo aplicaramos exclusivamente (Arratibel, Albright, Dalmau, y Rosenfeld, 2011).

Objetivo

El objetivo de este estudio es analizar las características de los distintos tipos de tumores cerebrales, teniendo en cuenta su estadio.

Método

Participantes

Este estudio está integrado por personas con patología de tumores cerebrales, con revisión previa de sus historias clínicas y tratamiento durante el periodo 2015 y 2016, pertenecientes a la provincia de Cádiz. El estudio consta de un total de un total de 120 pacientes, tanto hombres como mujeres.

Los criterios de inclusión fueron: padecer la patología de la cual se realiza el estudio durante el periodo señalado, tanto hombres como mujeres.

Instrumentos

La búsqueda se llevó a cabo revisando las historias clínicas del hospital. Para ello se realizó una evaluación inicial del estadio del cáncer y del tipo de cáncer. Los datos se introdujeron en una base de datos de Excel. Dado que esta base de datos estaba anonimizada no fue necesario la solicitud de consentimiento informado.

Procedimiento

Detallar el procedimiento llevado a cabo para la realización del estudio.

Análisis de datos

Para ello se seleccionó un total de 120 pacientes de ambos sexos con edades comprendidas entre 40 y 75 años, con patología de tumores cerebrales en distintas zonas y en distintas fases en un periodo de tiempo comprendido entre 2015 y 2016.

Se realizó un análisis de las historias seleccionadas revisando concretamente la zona cerebral en la cual se localiza el tumor y el estadio del mismo.

Su elaboración se llevó a cabo durante el periodo abril y mayo de 2017 en el Hospital de Jerez.

Resultados

Astrocitomas. Este tipo de tumores se clasifican según su grado de agresividad teniendo en cuenta que van desde los menos agresivos como el astrocitoma pilocítico juvenil hasta el más agresivo como el glioblastoma multiforme. También se pueden clasificar teniendo en cuenta el grado de crecimiento, pudiendo ser de crecimiento lento (normalmente el 25 % de los gliomas) o de crecimiento rápido como los gliomas malignos.

Existe también otra clasificación como la Daumar-Duport que dentro de ella nos encontramos: Grado I (no existe diferenciación celular) Grado II (existe diferenciación celular) Grado III y Grado IV. También se pueden clasificar según el método Kernohan y Sayre según el grado de malignidad.

El tratamiento que se emplea siempre es la cirugía basándose en una planificación a través de neuroimágenes, usando técnicas microquirúrgicas que realizan una eliminación lo más radical posible del tumor pero siempre y cuando se conserve la mayor cantidad de tejido sano.

Con respecto a la radioterapia hay que diferenciar entre astrocitoma de bajo grado o de alto grado. Con respecto a los de bajo grado está indicada para tratar lesiones resecaadas o recidivas con una dosis de 60 Gy. Con respecto a astrocitoma de alto grado la dosis que se aplica es la misma, es decir, 60 Gy, aumentando el PTV a 2 o 3 cm.

Oligodendrogliomas. Este tipo de tumores del sistema nervioso central son poco frecuentes, se suelen localizar en el lóbulo frontal y en la zona paraventricular. Este tipo de tumores afecta a personas de media edad y con una evolución muy lenta. Su grado de malignidad puede variar.

Para tratarlos se emplea tanto cirugía como radioterapia. Si hablamos de cirugía hay que intentar ser lo más radicales posibles porque sus bordes no son definidos, sino que se adentran en los tejidos vecinos. Con respecto a la radioterapia se aplica una dosis de 60Gy en el lecho tumoral después de la cirugía, con hiperfraccionamiento de la dosis.

Ependimomas: este tipo de tumor se origina a partir de las células que recubren el epéndimo, siendo uno de los tumores primarios más bajos del sistema nervioso central (3-9%) y localizándose sobre todo en la zona infratentorial y sobre todo en el IV ventrículo. Una de las características de este tipo de tumor es que provoca metástasis mediante el líquido cefaloraquídeo a nivel de la medula. Dependiendo de la localización del tumor se manifestara de distinta manera, los tumores intraventriculares producen hidrocefalia e hipertensión endocraneana,

Las técnicas de tratamiento como la cirugía dependerán de la zona donde esté situado el tumor: si hablamos de zona transventricular se emplea microcirugía. Si hablamos de zonas infratentorial se empieza a trabajar por la fosa posterior.

Con respecto a la radioterapia, esta se aplica siempre después de la cirugía

Meningiomas. Este tipo de tumor tienen su origen en las células de la duramadre, más concretamente en las células aracnoides y son los tumores más frecuentes del sistema nervioso central pero benignos. En las zonas donde aparece más frecuentemente son las siguientes: ala del esfenoides, fosa espinal y posterior, surco olfatorio, supreselar, parasagiales y su convexidad. Según la clasificación de la OMS, es

decir, según criterio histopatológico los meningiomas se clasifican en: 1. Clásico; 2. Maligno; 3. Angioblastico y 4. Agresivo. Esta clasificación se centra en la pérdida de forma, aumento de su reproducción celular, que se infiltran rápidamente en la estructura cerebral y necrosis

Tratamiento

Uno de los tratamientos es la cirugía. Los meningiomas que se encuentran situados en la hoz del cerebro y en la parte cortical permiten hacer una resección casi total de la masa tumoral, de la masa dural, la zona ósea y tejido muscular. Si hablamos de los tumores de la base del cerebro, en ellos no podemos realizar la eliminación total del tumor ya que compromete tanto a pares craneales como a senos derales. Si el tumor afecta a meningiomas muy vascularizados, hay que tener en cuenta que 24 o 48 horas antes de la cirugía se realiza una embolización del tumor para reducir lo máximo posible el sangrado de la zona.

En los casos en los que la extirpación del tumor no sea total se aplica la radioterapia con una dosis total de 60 Gy fraccionada en dosis más pequeñas realizadas a diario.

Discusión/Conclusiones

Hay que tener en cuenta que la medicina no es una ciencia exacta, sino que cambia continuamente debido a todas las investigaciones y casualidades a la hora de trabajarla (Gawande, 2003).

Podemos decir que un tumor es un crecimiento anormal de células con distinta forma y tamaño que las células originales, que poder primario o secundario (Botero y Alonso, 2009).

A la hora de la realización de cualquier tratamiento en radioterapia es muy importante la clasificación de los tumores para saber con qué tipo de tumor del sistema central nos encontramos, es decir, saber el estadio, sus células originales y el lugar de asentamiento de dicho tumor (Escalona y Zapata, 1971). Un aspecto muy importante y a tener en cuenta es la unificación de la clasificación a todos los niveles para mejorar así el diagnóstico de los tumores (OMS, 2007).

Podemos comentar que el primer pico de incidencia de tumores cerebrales se puede observar en la infancia, seguido de un segundo pico a partir de los 30 años hasta los 54 años aproximadamente, teniendo en cuenta que con una edad de 62 años lo que suelen darse son los glioblastomas y meningiomas (Arratibel, Albright, Dalmau, y Rosenfeld, 2011).

En conclusión es muy importante que todo el personal dedicado a la sanidad, tanto de centros hospitalarios como ambulatorios sepan visualizar con prontitud los síntomas de un posible tumor del sistema nervioso central, ya que diagnosticar este tipo de tumor precozmente hace que haya un mayor índice de supervivencia.

Referencias

Berger, M.S., Ghatan, S., Geyer, J.R., Keles, G.E., y Ojemann, G.A. (1991). Seizure outcome in children with hemispheric tumors and associated intractable epilepsy: The role of tumor removal combined with seizure foci resection. *Pediatr Neurosurg*, 1991-92.

Gawande, A. (2003). *Complications: a surgeon's notes on an imperfect science*. London: Profile books.

Informe mundial sobre el cáncer (2014). *IARC*.

Jiao, Y., Killela, P.J., Reitman, Z.J., Rasheed, B.A., Heaphy, C.M., y Wilde, R.F.D. (2012). Clasificación de malignos gliomas.

Khan, R.B., y Onar, A. (2006). Seizure recurrence and risk factors after antiepilepsy drug withdrawal in children with brain tumors. *Epilepsia*.

Listernick, R., Ferner, R.E., Liu, G.T., y Gutmann, D.H. (2007). Optic pathway gliomas in Neurofibromatosis-1: controversias and recomendaciones. *Ann Neurol*.

Navajas, A., Giralt, J., Arraez, M.A., Valls, E., Herrero, A., Ortega, M.J. et al. (2003). Tumores del sistema nervioso central en la infancia. En M.A. Arraez, I. Herruzo, T. Acha, y M. Benavides (eds.), *Tumores del sistema nervioso central en el adulto y en la infancia. Enfoque multidisciplinario neurooncología*. Barcelona: Nova Sidonia.

Packer, R.J., Gurney, J.G., Punyko, J.A., Donaldson, S.S., Inskip, P.D., Stovall, M. et al. (2003). Long term neurologic and neurosensory sequelae in adult survivors of a childhood brain tumor: childhood cancer survivor study. *J Clin Oncol*.

Prayson, R.A., Esyes, M.L., y Morris, H.H. (1993). Coexistence of neoplasia and cortical dysplasia in patients presenting with seizures. *Epilepsia*.

Preston-Martin, S. (1996). Epidemiology of primary CNS neoplasms. *Neurol Clin*.

Robison, L.L., Mertens, A.C., Boice, J.D., Breslow, N.E., Donaldson, S.S., Green, D.M. et al. (2002). Study design and cohort characteristics of the childhood cancer survivor study: a multiinstitutional collaborative project. *Med Pediatr Oncol*.

Smith, D.F., Hutton, J.L., Sandermann, D., Foy, P.M., Shaw, M.D.M., Williams, I.R., y Chadwick, D.W. (1991). The prognosis of primary intracerebral tumors presenting with epilepsy: the outcome of medical and surgical management. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*.

Suffner, P.K., y Cohen, M.E. (1991). The long-term effects of Central Nervous System therapy on children with brain tumors. *Neurol Clin*.

Tena, M.G. (2012). *Redacción Onmeda Revisión médica*.

Vézina, L. (2005). Neuroradiology of childhood brain tumors: new challenges. *J Neurol Oncol*.

Wilne, S., Collier, J., Kennedy, C., Koller, K., Grundy, R., y Walker, D. (2007). Presentation of childhood CNS tumours: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Oncology*.

CAPÍTULO 12

Identificación temprana de ansiedad infantil en escolares de bajos recursos en México

María del Pilar Roque Hernández, Valeria López Rojas, Sbeyde Isamar Castillo Macias, Sara Arely Cobos González, Paola Jazmín Tirado Lara, y Eduardo Arturo Contreras Ramírez
Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Zaragoza

Introducción

El desarrollo humano, es el estudio científico de los procesos del cambio y la estabilidad en las personas; es también un proceso de toda la vida, al que se le conoce como desarrollo del ciclo vital (Papalia, Feldman, y Martorell, 2012; Santrock, 2006). En su estudio se examinan los procesos de cambio y estabilidad en todos los ámbitos del desarrollo y en todas las etapas del ciclo vital: cómo las personas cambian desde la concepción hasta la madurez, así como las características que se mantienen estables, en todos los aspectos del desarrollo y en todas las etapas. Para Papalia, Feldman, y Martorell (2012) y Santrock (2014) el desarrollo es multidimensional y los tres principales ámbitos entrelazados que lo componen, son: a) físico/biológico: refiere a cambios en la naturaleza física del individuo, al crecimiento del cuerpo y del cerebro, lo que incluye modificaciones en las capacidades sensoriales, motrices y la salud; b) cognoscitivo: apunta a las pautas de cambio de los procesos mentales como aprendizaje, atención, memoria, lenguaje, pensamiento, razonamiento, inteligencia y creatividad; y c) psicosocial/socioemocional: incluye las pautas de cambio en las relaciones del individuo con otras personas, los cambios emocionales y en la personalidad.

Los tres ámbitos de desarrollo mencionados, están presentes a través de las etapas/estadios del desarrollo, o sea el periodo del tiempo en la vida de una persona en el que cuenta con unas características concretas; estos estadios son, prenatal, infancia, niñez temprana, niñez media, adolescencia, adultez temprana, adultez media y adultez tardía (Papalia, Feldman, y Martorell, 2012). Existen diferencias entre individuos, las cuales van conformando al mismo, todo esto ocurre conforme las personas enfrentan sucesos y problemas característicos dentro de dichas etapas de desarrollo (Papalia, Feldman, y Martorell, 2012). Es específicamente en las tres etapas del ciclo vital relativas a la niñez y a la adolescencia, en donde la persona adquiere un auto concepto y logra concretar una madurez cognitiva.

La niñez media (6 a 11 años), en los aspectos físicos, se caracteriza por: crecimiento lento; aumento de fuerza y capacidades deportivas; y la salud en general es mejor que en otros momentos del desarrollo. En lo cognitivo: disminuye el egocentrismo; se comienza a pensar en forma lógica pero concreta; se incrementan las habilidades en el lenguaje y la memoria; hay avances cognoscitivos importantes y son más patentes las dotes o necesidades educativas. En el desarrollo psicosocial, el auto concepto se hace más complejo e influye en la autoestima; la autorregulación refleja el cambio gradual del control de los padres al hijo; y los compañeros adquieren una importancia central (Papalia, Feldman, y Martorell, 2012).

Al igual que en la niñez media, en la adolescencia (11 años a alrededor de los 20), se presentan cambios físicos, cognoscitivos, emocionales y sociales. El crecimiento físico y otros cambios son rápidos y profundos; se presenta la madurez reproductiva y los principales riesgos de salud se relacionan con la conducta, alimentación y drogadicción. En cuanto al desarrollo cognoscitivo, se desarrolla la capacidad del pensamiento abstracto y el razonamiento científico; y persiste la inmadurez del pensamiento en algunas actitudes y conductas. En lo psicosocial, la búsqueda de identidad es un objetivo central; las relaciones con los padres son buenas y el grupo de pares ejerce una influencia positiva o negativa. En

general, esta etapa del desarrollo está caracterizada por la concepción que de ella se tiene cultural y económicamente (Papalia, Feldman, y Martorell, 2012). Según Santrock (2006, 2014) la adolescencia es un estadio en donde la persona se interesa por saber quién es, cómo es y hacia dónde se dirige. Este ciclo vital es importante debido a que en él se da la oportunidad de crecer tanto en dimensiones físicas, así como en las competencias, cognitivas, sociales, de autonomía, autoestima e intimidad (Papalia, Feldman, y Martorell, 2012).

En las dos etapas antes señaladas-niñez media y adolescencia-, pese a que se incrementan las habilidades lingüísticas y cognitivas y los compañeros son muy importantes, pueden generarse problemas en uno o varios ámbitos del desarrollo. Los problemas psicosociales/socio-emocionales, conllevan una imposibilidad caracterizada por respuestas emocionales o conductuales inadecuadas para la edad, cultura o etnia; dichas conductas afectan el desempeño educativo, social y laboral del sujeto en desarrollo y son respuestas temporales a sucesos estresantes del medio ambiente, por lo que pueden manifestarse en contextos diferentes (Santrock, 2014).

Cabe señalar de acuerdo con la Asociación Psiquiátrica Americana (2002) que la ansiedad es una reacción emocional normal para la supervivencia de los individuos y de nuestra especie, y que las reacciones de ansiedad pueden alcanzar niveles excesivamente altos o pueden ser poco adaptativas en determinadas situaciones, momento en que dejan de ser normales y se consideran patológicas, lo que puede dar origen a trastornos físicos y mentales (Asociación Psiquiátrica Americana, 2002). Dentro del desarrollo en la niñez media, es común encontrarnos con situaciones que pueden generar problemas en una o varias áreas del desarrollo; entre los problemas emocionales que pueden identificarse están, el trastorno de ansiedad por separación, la fobia escolar y el trastorno de ansiedad generalizada. Específicamente dentro del trastorno de ansiedad generalizada, podemos denotar características como la timidez, el dudar de sí mismos y el preocuparse en exceso por satisfacer las expectativas de otros, buscando su aprobación; esta preocupación, suele parecer independiente de su desempeño y del concepto que tienen los demás respecto a ellos (Asociación Psiquiátrica Americana, 1994).

Para Czernik, Almirón, Jiménez, y Mora (2005) la ansiedad es una emoción psicobiológica básica, una respuesta adaptativa normal a la amenaza o al estrés, que mejora de esta manera la actuación o desempeño del individuo; agregaron Czernik et al. (s.f) que, cuando la respuesta es excesiva o desmedida, estos mecanismos de adaptación se deterioran. Hay que agregar que, la ansiedad es una emoción caracterizada por aprehensión y síntomas somáticos de tensión en la cual el individuo anticipa el peligro, catástrofe o desgracia inminente; se considera, además, como una respuesta de acción prolongada y orientada al futuro, centrada en gran medida en una amenaza difusa (American Psychological Association, 2015). La ansiedad, por tanto, es un patrón de reacciones motoras, fisiológicas y subjetivas ante la percepción de una amenaza, cuyo origen es diverso: en niveles moderados puede servir como motivación, aunque también puede alcanzar niveles en los que inhibe o impide el desempeño. Un niño sumamente ansioso tiene más probabilidades de presentar depresión y ser propenso al suicidio a diferencia de aquellos con un nivel bajo de ansiedad; es por ello que cualquier técnica de evaluación en psicología o en educación, debe ofrecer una comprensión amplia del examinado (Reynolds y Richmond, 2012).

En ese sentido, la evaluación psicológica infantil permite identificar las fortalezas y debilidades de los niños; ésta se define como la recolección e integración de datos relacionados con la psique individual, concretada mediante el uso de herramientas como pruebas, entrevistas, estudio de caso, observación conductual, así como equipos y procedimientos diseñados específicamente para la medición de ésta (Cohen y Swerdlik, 2006).

Según Sattler (2012) existen diversos tipos de evaluaciones, entre ellas: 1) la evaluación exploratoria, que se utiliza para identificar aquellos niños en riesgo de desarrollar ciertos trastornos o discapacidades, que son candidatos para programas, o que requieren de una evaluación más general; y 2) la evaluación focalizada, que implica una valoración detallada de un área específica, como habilidad oral o

matemática. El psicólogo dispone de cuatro métodos generales para la evaluación, los cuales se complementan obteniendo mediante la aplicación de estas evaluaciones, información integral, congruente y significativa (Cohen y Swerdlik, 2006; Sattler, 2012): a) entrevistas, para reunir información mediante una comunicación directa, la cual implica un intercambio recíproco; b) observación, proceso para medir variables relacionadas con la psique mediante instrumentos o procedimientos diseñados para obtener rasgos de comportamientos definidos como conductas; c) pruebas con referencia a la norma, que buscan cuantificar las funciones psicológicas como: la inteligencia, habilidades en lectura, matemáticas, escritura, habilidades visomotoras, motoras gruesas y finas, evaluando también el comportamiento adaptativo; y d) pruebas informales, para complementar la información obtenida con las pruebas estandarizadas pues ayudan a visualizar factores determinantes en el desarrollo, entre ellas, registros escolares y de automonitoreo, pruebas con referencia a criterio, muestras de lenguaje escrito, pruebas o procedimientos informales, documentos personales, juego de roles (Sattler, 2012).

Para la evaluación, Bronfenbrenner (1987) y Sattler (2012) mencionaron por un lado, la importancia de obtener información a través de los métodos señalados y por diversas fuentes, tales como: padres, maestros, miembros de la familia, fuente de canalización así como la revisión de expedientes y valoraciones anteriores del niño; y por otro, la conveniencia de obtener información respecto a las diversas áreas (biológica, cognitiva y psicosocial), lo que nos proporcionará una panorámica amplia del desarrollo, y en ello, el conocimiento de su funcionamiento social-emocional. No hay que olvidar, que la finalidad de la evaluación, por tanto, es la intervención, que de acuerdo con Adelman y Taylor (2010) es un proceso intencional en las personas para producir cambios en su conducta, emociones, educación, etc. Estos resultados intencionados incluyen mantenimiento, cambio (desarrollo, mejoramiento) o transformación con respecto a condiciones problemáticas o no de los sistemas (persona, ambiente o ambos).

A partir de la importancia de favorecer el desarrollo humano, el presente trabajo tuvo como objetivo caracterizar la ansiedad que presentaban niños quienes cursaban la educación primaria en una escuela pública de una zona de alta marginación.

Este trabajo forma parte del proyecto de investigación UNAM-DGAPA-PAPIM PE307517.

Método

Participantes

Se trabajó en una escuela de educación primaria pública regular y federal, ubicada en una comunidad urbana en la Ciudad de México, México, nominada por la Comisión Nacional de Población (2016) con muy alta marginación. La escuela no contaba con servicios de Educación Especial (Unidad de Educación Especial e Inclusiva). El muestreo fue no probabilístico intencional.

Participaron de manera voluntaria 98 alumnos, 42% hombres y 58% mujeres (edadM=10,89 años, DE=.640, Rango=10-12); 47% de los participantes cursaban 5º grado (edadM=10.43 años, DE=.501, Rango=10-11) y el 53% se encontraban en 6º grado (edadM=11.29 años, DE=.457, Rango=11-12). El muestreo fue no probabilístico intencional.

Instrumentos

Los instrumentos utilizados, fueron:

1. Escala de Ansiedad Manifiesta en Niños Revisada-CMAS-R2 (Reynolds y Richmond, 2012). Es una escala de auto-informe validada en población mexicana con 2,490 participantes de 6 a 19 años de edad. Evalúa el grado y naturaleza de la ansiedad en niños y adolescentes considerándolos como individuos bio-psico-sociales. Se aplica en forma individual o grupal en un tiempo promedio de 15 minutos. Posee una confiabilidad total de .87. Se compone de manual, cuestionario/perfil y plantilla de calificación. El cuestionario consta de instrucciones y 49 reactivos con respuesta dicotómica (Sí=1,

No=0), distribuidos en cinco dimensiones. La totalidad de las puntuaciones obtenidas dan como resultado el índice de Ansiedad Total. Las dimensiones que la incluyen, se anotan a continuación:

- Ansiedad fisiológica ($\alpha=.79$): contiene 12 reactivos dirigidos a evaluar aspectos somáticos de la ansiedad como náuseas, dificultades para dormir, fatiga o dolores de cabeza.

- Inquietud ($\alpha=.64$): posee 16 reactivos dirigidos a preocupaciones obsesivas del usuario, las cuales son poco claras e imprecisas que incluyen temores a ser lastimado o a sentirse emocionalmente aislados.

- Ansiedad social ($\alpha=.83$): contiene 12 reactivos sobre ansiedad en situaciones sociales, lo que habla de la preocupación que provoca confrontar al yo con otras personas y no alcanzar las expectativas que creen que se tienen de ellos.

- Respuestas inconsistentes ($\alpha=.76$): compuesto por nueve pares de reactivos donde los primeros ocho pares reciben la misma respuesta y el noveno, respuestas opuestas. Si se cuentan más de seis pares de reactivos con respuestas discordantes, se puede concluir que el usuario respondió de forma aleatoria a las preguntas y es necesario realizar una revisión en conjunto del usuario y el aplicador para determinar los motivos de las discordancias; puede ser por distracciones al momento de responder o por problemas de lenguaje o lectura.

- Defensividad ($\alpha=.75$): incluye nueve reactivos que examinan la disposición que el usuario posee para admitir las imperfecciones que se presentan en la vida cotidiana.

2. Bitácora. Fue un diario de campo para registrar anotaciones y avances de la investigación; entre las notas, se destacaron las descripciones de los participantes, el contexto escolar al momento de aplicar instrumentos, y otros datos que los investigadores consideraron relevantes; además de listas de los participantes por grupo, recordatorios sobre citas escolares y materiales necesarios con los que se trabajaría.

Procedimiento

A partir del conocimiento teórico y práctico sobre ansiedad en niños y el instrumento a aplicar, se llevó a cabo la aplicación. Para ello y después de que se obtuvieron los consentimientos informados de los directivos y docentes de aula del plantel escolar, se acordó agendar fechas para las aplicaciones (principalmente grupales) a los niños. En el proceso de las aplicaciones, se brindó apoyo a quienes señalaron tener dificultades para leer y/o escribir y se resolvieron las dudas a todos los que lo solicitaron. Las aplicaciones fueron en espacios cerrados dentro de la escuela. El tiempo promedio de aplicación de la escala fue de 30 mins.

Análisis de datos

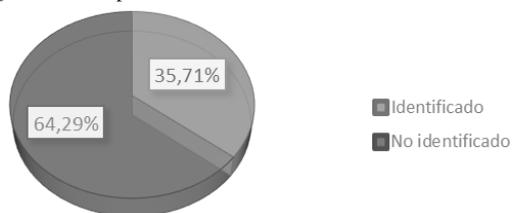
Se creó una base de datos en el Programa Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS) Ver. 21 y se procedió al vaciado y procesamiento de la información. Para cada grado escolar, se obtuvieron los puntajes totales por alumno para cada dimensión. Para obtener el puntaje de ansiedad total, se consideraron sólo los puntajes de las dimensiones: fisiológica, inquietud y social. En cada dimensión y para identificar si el estudiante la presentaba (e.g. ansiedad fisiológica) se ubicaba el puntaje obtenido y se comparaba con el perfil correspondiente a su género y edad, momento en que se determinaba si la presentaba o no. Posteriormente, se calculó por ciclo escolar, el porcentaje de participantes que presentaba cada dimensión. Los resultados muestran la presencia de ansiedad total, ansiedad fisiológica, inquietud, ansiedad social, respuestas inconsistentes y defensividad de los participantes de 5° y 6° grado. El diseño fue no probabilístico intencional.

Resultados

En 35.71% de todos los participantes se identificó ansiedad, lo que remite a un estado subjetivo de malestar que inhibía o impedía su desempeño y que originaba una conducta inadaptada, como miedo,

aislamiento, inatención o inasistencia escolar (Gráfica 1). Al analizar la existencia de ansiedad total por los alumnos de cada grado escolar, se identificó la mayor presencia en quienes cursaban 6 (Tabla 1).

Gráfica 1. Participantes del estudio identificados con ansiedad total



Al analizar los resultados obtenidos en cada dimensión, por los estudiantes de cada grado escolar, se identificó lo siguiente (Tabla 1):

Tabla 1. Porcentaje de participantes por grado escolar que presentaron ansiedad infantil

Grado escolar	Porcentaje alumnos					
	Ansiedad total	Ansiedad Fisiológica	Inquietud	Ansiedad Social	Respuestas inconsistentes	Defensividad
5o.	21.73	39.13	23.91	15.21	60.86	21.15
6o.	25	30.7	28.84	21.15	30.76	36.94

1. Características de expresión fisiológica de la ansiedad, en al menos 30% de los alumnos de cada grado escolar:

“Muchas veces siento asco o náuseas”.

“Tengo demasiados dolores de cabeza”.

“Algunas veces me despierto asustado”.

“En las noches me cuesta trabajo quedarme dormido”.

2. Presencia de preocupaciones obsesivas en más del 20% de alumnos en cada grado, como temor a ser lastimados o aislamiento emocional, lo que sugiere que se encontraran temerosos, nerviosos o hipersensibles:

“Soy muy nervioso”.

“Muchas veces me preocupa que algo me pase”.

“Me preocupa no agradarle a otros”.

3. Ansiedad en situaciones sociales y por el propio desempeño (15% mínimamente presente en cada grupo), lo que se vinculaba también con sentirse incapaces de estar a la altura de las expectativas de las personas importantes en sus vidas:

“Tengo miedo que otros niños se rían de mí en clase”.

“Siento que alguien va a decirme que hago las cosas mal”.

“Los niños pueden sentirse incapaces”.

4. El hecho de que los puntajes por grupo de la dimensión respuestas inconsistentes, hayan sido menores a 89%, muestra que los alumnos no respondieron los reactivos de manera descuidada o azarosa; esto es, existían bajas probabilidades de que hayan respondido sin tomar en cuenta lo suficiente el significado de los reactivos, por lo que puede afirmarse que proporcionaron una descripción fiel de sí mismos.

5. Disposición de los alumnos para admitir imperfecciones propias o para tratar de dar una imagen positiva de sí mismos, en al menos 20% de los estudiantes de 5º y 6º grado:

“Todas las personas que conozco me caen bien”.

“Siempre soy amable”.

“Siempre me porto bien”.

“Siempre soy agradable con todos”.

“A veces me enoja”.

Finalmente, cabe mencionar que, al comparar ambos grupos de estudiantes en las cinco dimensiones de ansiedad, se encontraron diferencias significativas: los niños de 6° año presentaron más inquietud, ansiedad social y defensividad que los participantes de 5° grado; y éstos fueron identificados con más ansiedad fisiológica (Tabla 1).

Discusión/Conclusiones

Los resultados de este trabajo, constatan que los niños en las etapas de niñez media y adolescencia, pueden presentar ansiedad fisiológica, social e inquietud (Reynolds y Richmond, 2012). En el presente estudio, se encontró también que la población de 6° año de primaria, presentó mayor ansiedad total, ansiedad social e inquietud en comparación de los participantes de 5° grado, resultados similares a los que obtuvieron Orgilés, Méndez, Espada, Carballo, y Piqueras (2012) en una investigación realizada con niños españoles, donde identificaron que, a más edad, existen más expresiones de fobia social y de ansiedad generalizada, pero menos síntomas de ansiedad por separación, trastorno obsesivo-compulsivo y pánico.

Aunque la prevalencia de la ansiedad varía-en función de la edad, los instrumentos de evaluación empleados, las fuentes de información o variables de la historia y contexto de los evaluados--, es el problema psicológico más diagnosticado en niños y adolescentes de España (Orgilés et al., 2012). Se ha documentado que la ansiedad, puede iniciar en la niñez (hasta en un 75% según Kessler et al., 2005); para Hernández-Guzmán (1999) y a partir de un estudio realizado en México, hacia los 11 años de edad, la ansiedad sigue un curso de deterioro hacia la adolescencia y la adultez. Algunas veces la ansiedad que afronta un estudiante puede constituir un problema importante, ya que al malestar psíquico se le agrega la imposibilidad de obtener un rendimiento académico satisfactorio, deficiencias en la interacción social y conductas de aislamiento (Kessler et al., 2005), lo que implica un riesgo de alteraciones en su salud mental (Czernik et al., 2005). Es por ello que se apoya la identificación oportuna y temprana de la ansiedad infantil, lo que se maximiza por las repercusiones que puede tener en el desarrollo de los niños y con las personas de los contextos en que se desarrollan (Bronfenbrenner, 1987).

El empleo de instrumentos formales, es útil para la evaluación, pero no lo es todo. Cabe afirmar que el CMASR-2 auxilia al psicólogo para estimar el nivel general de ansiedad de un niño o adolescente, pero no ayuda a ubicar al niño en una u otra subcategoría de diagnóstico relacionada con la ansiedad (Reynolds y Richmond, 2012). A partir de este trabajo, se sugiere emplear otros métodos de evaluación psicológica que contribuyan a establecer el diagnóstico, como las observaciones, entrevistas con informantes clave, y/o el empleo de instrumentos informales u otras herramientas formales (Hernández, Fernández, y Baptista, 2014; Sattler, 2012).

Se precisa la intervención oportuna de la ansiedad en los niños, basada en la evaluación (Papalia, Feldman, y Martorell, 2012; Sattler, 2012), pues de una oportuna evaluación y manejo de la ansiedad dependerá la calidad de vida, el desarrollo y desempeño de los niños con cualquier trastorno de ansiedad, ya que ello puede llegar a afectar como fue señalado, en todos los ámbitos de su desarrollo personal, familiar, escolar y social (Bronfenbrenner, 1987; Fernández, 2009; García-Fernández, Inglés, Martínez-Monteagudo, y Redondo, 2008; García-Fernández, Martínez-Monteagudo, e Inglés, 2013; Reynolds y Richmond, 2012). De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016) los trastornos mentales comunes están en aumento en todo el mundo: entre 1990 y 2013, el número de personas con ansiedad aumentó en cerca de un 50%, de 416 millones a 615 millones; agregó la OMS que cerca de un 10% de la población mundial la presenta.

Se está de acuerdo en que la ansiedad en la población infantil, se presenta por motivos distintos a los de los adultos, por lo que es preciso conocer los rasgos y la forma de evaluación e intervención empleada

y de esta forma, evitar la continuación y empeoramiento de la ansiedad en la edad adulta (Fernández, 2009; Papalia, Feldman, y Martorell, 2012; Sattler, 2012). Finalmente, se coincide con Czernik et al. (2005) en la necesidad de establecer programas preventivos para la evaluación y seguimiento de la salud mental de los estudiantes.

Referencias

- Adelman, H., y Taylor, L. (2010). *On understanding intervention in psychology and education*. London: Praeger.
- American Psychological Association (2015). *Dictionary of psychology*. USA: American Psychological Association.
- Asociación Psiquiátrica Americana (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-IV*. España: Masson.
- Asociación Psiquiátrica Americana (2002). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Texto revisado. DSM-IV TR*. España: Elsevier Masson.
- Bronfenbrenner, U. (1987). *La ecología del desarrollo humano*. México: Paidós.
- Cohen, R., y Swerdlik, M. (2006). *Pruebas y evaluación psicológicas*. México: McGraw-Hill.
- Comisión Nacional de Población (2016). *Índice de marginación por entidad federativa y por municipio 2015*. México: Comisión Nacional de Población.
- Czernik, G.E., Almirón, L.M., Jiménez, S.B., y Mora, M.E. (2005). *Resultados de una encuesta de evaluación de ansiedad en estudiantes universitarios de la Facultad de Medicina de la Universidad Nacional del Nordeste en el año 2004*. Universidad Nacional del Nordeste, Comunicaciones Científicas y Tecnológicas 2005. Resúmenes. Disponible en: <http://www.unne.edu.ar/unnevieja/Web/cyt/com2005/3-Medicina/M-117.pdf>
- Fernández, A.M. (2009). Los trastornos de ansiedad en niños y adolescentes: particularidades de su presentación clínica. *Psimonart*, 2(1), 93-101. Disponible en: http://www.clinicamontserrat.com.co/web/documents/Psimonart/volumen2-1/08_Psimonart_03_trastornos_de_ansiedad.pdf
- García-Fernández, J.M., Inglés, C.J., Martínez-Monteagudo, M.C., y Redondo, J. (2008). Evaluación y tratamiento de la ansiedad escolar en la infancia y adolescencia. *Behavioral Psychology /Psicología Conductual*, 16(3), 413-437. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Jesus_Redondo4/publication/298949655_Assessment_and_treatment_of_school_phobia_in_children_and_adolescents/links/57e150d908ae4c1b5b1f9c2b/Assessment-and-treatment-of-school-phobia-in-children-and-adolescents.pdf
- García-Fernández, J.M., Martínez-Monteagudo, M.C., e Inglés, C.J. (2013). ¿Cómo se relaciona la ansiedad escolar con el rendimiento académico? *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 4(1), 63-76. Disponible en: <http://www.redalyc.org/html/2451/245126428003/>
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill.
- Hernández-Guzmán, L. (1999). *Niños socialmente competentes*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Kessler, R.C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K.R., y Walters, E.E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 593-602.
- Organización Mundial de la Salud (2016). *La inversión en el tratamiento de la depresión y la ansiedad tiene un rendimiento de 400%*. *Comunicados de Prensa*. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2016>
- Orgilés, M., Méndez, X., Espada, J.P., Carballo, J.L., y Piqueras, J.A. (2012). Síntomas de trastornos de ansiedad en niños y adolescentes: diferencias en función de la edad y el sexo en una muestra comunitaria. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 5(2), 115-120. doi: <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2012.01.005>
- Papalia, E., Feldman, R., y Martorell, G. (2012). *Desarrollo humano*. México: McGraw-Hill.
- Reynolds, C., y Richmond, B. (2012). *Escala de ansiedad manifiesta en niños revisada*. México: Manual Moderno.
- Santrock, J. (2006). *Psicología del desarrollo. El ciclo vital*. México: McGraw-Hill.
- Santrock, J. (2014). *Psicología de la educación*. México: McGraw-Hill.
- Sattler, J. (2012). *Evaluación infantil. Fundamentos cognitivos*. México: Manual Moderno.

CAPÍTULO 13

Sexualidad en hombres y mujeres con lesión medular adquirida: Una revisión

Andrea Rodríguez Alonso* y Enrique Oltra Rodríguez**

**Enfermera Área IV (Oviedo, Asturias); **Profesor Facultad Enfermería Gijón*

Introducción

Se define lesión medular al proceso patológico, producido por cualquier etiología, que afecta a la médula espinal; pudiendo alterar la función motora, sensitiva y/o autónoma por debajo del nivel de la lesión (Montoto, Ferreira, y Rodríguez, 2006).

Atendiendo al nivel de la lesión podemos clasificar la lesión medular en tetraplejía, cuando se produce a nivel cervical, comprometiendo extremidades superiores, tronco, extremidades inferiores y órganos pélvicos y paraplejía cuando ocurre por debajo del segmento cervical. Dependiendo del nivel de la lesión se verán comprometidos el tronco, las extremidades inferiores y los órganos pélvicos. Atendiendo a la extensión de la lesión, tendríamos una pérdida de movilidad, sensibilidad e inervación autónoma en la lesión completa y una persistencia total o parcial en la incompleta (Huete-García y Díaz-Velázquez, 2009).

Para darnos una idea de la magnitud del fenómeno, en España hay entre 25.000 y 30.000 lesionados medulares, y una incidencia de entre 900 y 1200 casos nuevos al año, variando entre las distintas regiones (Álvarez-Pérez, 2015).

Dice Aguado-Díaz que desde tiempos antiguos hasta la actualidad han existido y existen grandes contradicciones en el tratamiento otorgado a las mujeres y hombres con cuerpos u órganos que funcionan de manera diferente a la habitual (Aguado-Díaz, 1995) Estas concepciones van desde el pecado, el demonio, al castigo divino o a la enfermedad, y van desde el rechazo, la caridad, la beneficencia a la diversidad. Hoy en día aún conviven varios modelos en nuestra sociedad:

El modelo de la prescindencia más presente a lo largo de la historia, en el que se aplicaban medidas eugenésicas o de marginación. En este modelo se cree que estas personas no tienen nada que aportar, sino que son una carga social. Su vida no merece la pena ser vivida, por lo que se prescinde de ellos (Romañach y Palacios, 2008).

El modelo rehabilitador, también llamado biologista: las causas que ocasionan la deficiencia son científicas, médicas. Los hombres y mujeres pueden participar en la sociedad en tanto en cuanto sean rehabilitados. Su fin es normalizar, ya sea ocultando o haciendo que desaparezca la causa de la diferencia. El éxito es valorado con la cantidad de destrezas y habilidades que logre adquirir el individuo. (Henaio-Lema y Pérez-Parra, 2010).

El tercer modelo es el social, en el que se considera valioso el aporte en igual medida al resto de individuos, desde la valoración y el respeto de la condición de diferentes (Romañach y Palacios, 2008). “El problema radica en el fracaso de la sociedad y del entorno creado por el ser humano para ajustarse a las necesidades y aspiraciones de las personas con discapacidad y no en la incapacidad de dichas personas para adaptarse a las demandas de la sociedad”. Las intervenciones no son sobre el individuo sino sobre lo social, buscando adecuar el entorno para que pueda existir una participación social plena (Henaio-Lema y Pérez-Parra, 2010).

Estos modelos en los que la discapacidad se encuadra socialmente, se encuentran también detrás de las investigaciones y marcan las preguntas o las hipótesis que nos planteamos en ellas.

La sexualidad es reconocida como un dominio clave de salud general, importante para el bienestar y la calidad de vida (New, Seddon, Redpath, Currie, y Warren, 2016).

La OMS definió la sexualidad como un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida que abarca el sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vive y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales (Organización Mundial de la Salud, 2000).

El sexo y la sexualidad sufren una polisemia tanto en el lenguaje ordinario como en el lenguaje científico. El sexo unas veces habla de la identidad, otras de partes del cuerpo, otras de prácticas, otras de vivencias. A veces el sexo es lo que se es, otras lo que se tiene y otras lo que se hace (Amezúa, 1999).

Basándonos en el modelo conceptual de la sexología sustantiva conocido como Hecho Sexual Humano (Amezúa, 1999) se diferencian cuatro términos principales, que ponen nombre y orden a los distintos conceptos: sexo, sexualidad, erótica y amatoria.

El sexo es una variable que diferencia a los individuos en hombres o mujeres. Esta estructura se refiere a lo que somos, a la estructura, a la identidad. Esta construcción como “los hombres o las mujeres que somos” se debe al proceso de sexuación, que se da a lo largo de la vida desde la concepción a la muerte y es un proceso individual y biográfico.

La sexualidad: es la forma en que cada sujeto vive el hecho de ser sexuado, tiene por tanto una dimensión vivencial subjetiva. Es la manera en que uno se ve, se siente y se vive como hombre o como mujer.

La erótica y la amatoria hablan de la expresión de las dos anteriores, es decir, de nuestros deseos y de nuestras conductas (De-Dios-del-Valle y García-Ruiz, 2006).

Ya en el año 1972 fueron por primera vez abordados los derechos sexuales de las personas con discapacidad en el Congreso Mundial de Rehabilitación. Doce años después se aprueba la Declaración y Programa de Acción de Viena, en la Conferencia Mundial de Derechos Humanos, la cual establece dar una “especial atención” que asegure “la no discriminación y el disfrute, en igualdad de condiciones, por parte de los discapacitados de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales, incluida su participación activa en todos los aspectos de la sociedad” Posteriormente la declaración aprobada por la Asamblea General de la Asociación Mundial de Sexología en el 14º Congreso Mundial de Sexología, celebrado en el año 1999, recoge los derechos sexuales de las personas con discapacidad como derechos universales basados en la libertad, dignidad e igualdad inherentes a todos los seres humanos (García-Carenas, Alcedo-Rodríguez, y Aguado-Díaz, 2008).

El carácter sobrevenido de la lesión medular, supone una quiebra, con frecuencia drástica de la trayectoria personal (Huete-García y Díaz-Velázquez, 2009). Las múltiples consecuencias que subyacen de una lesión medular hacen que la sexualidad no sea habitualmente considerada (Cobo-Cuenca et al., 2012).

Cuando se habla de sexualidad en las personas con lesión medular es frecuente que se asuman varias posturas entre las que destacan:

- La asexualidad: se acentúa la concepción subyacente de que son seres asexuados, niños eternos (Oliver, 2015; Campo y Sánchez-Ramos, 2003).
- Una posición eminentemente rehabilitadora-biologicista, enfatizando lo que no puede hacer, la disfunción.
- Una visión coitocentrista que sólo hace referencia a los varones con lesión medular en la búsqueda de la erección-eyaculación (Oliver, 2015).

Hay una excepción a la asexualidad que es la de “los héroes”, aquellos que se sobreponen a todo y consiguen hacerse un hueco, son vistos como iguales e incluso son admirados por haber sido capaces de haber superado tanta dificultad (Romañach, 2003).

Los objetivos que se plantean son recopilar las publicaciones existentes sobre la sexualidad y la lesión medular adquirida e identificar los referentes actitudinales desde los cuales se proponen dichas publicaciones.

Metodología

Se trata de un estudio descriptivo basado en una revisión bibliográfica. Se realizó una búsqueda en las bases de datos Pubmed, Web of Science y Cinahl con los términos DeCS o MeSH “sexualidad” y “traumatismos de la médula espinal”.

Se han seleccionado los artículos pertenecientes a los últimos 5 años, del 2012 al 2017. Como filtro se ha utilizado el idioma: inglés, español o francés. Se descartaron los artículos que no cumplieran criterios de calidad y los no relacionados con el tema de forma directa.

Se ha utilizado el descriptor “sexualidad” y no otros más específicos como “conducta sexual” para valorar cuál es la idea general de sexualidad que arrojan los estudios. Se han seleccionado un total de 21 artículos.

Resultados

Analizando la temática de las palabras clave utilizadas en los artículos encontrados, podríamos hacer una somera aproximación sobre: “de qué hablamos cuando hablamos de sexualidad” y en este caso concreto, “de qué hablamos cuando hablamos de sexualidad en lesión medular”. Se han agrupado las palabras clave en bloques temáticos:

- Dificultades o problemas asociados a la sexualidad en lesión medular: incontinencia urinaria, disreflexia autonómica (3), presión sanguínea, depresión y nifedipino.
- Relacionado con la reproducción: fertilidad (2), embarazo, planificación familiar, semen, esperma.
- Dificultades en la sexualidad: disfunción sexual (2), disfunción eréctil, terapia sexual, recuperación del esperma, generador espinal de eyaculación, estimulación vibratoria del pene, electroeyaculación. En este apartado las dificultades se centran en los problemas para la erección y la eyaculación. Podemos decir que se centran en los genitales y en las prácticas eróticas directamente relacionadas con la reproducción.
- Fases del ciclo de respuesta sexual: deseo sexual, erección (no sería una fase como tal), eyaculación (3), orgasmo.
- Otras palabras como identidad sexual, funcionamiento sexual, conducta sexual, comportamiento sexual, parejas sexuales, masturbación, nos hablan de la identidad, la conducta, la “función” y el autoerotismo.
- Palabras como asistente personal, política social o construcción de la normalidad hablan de los paradigmas sociales subyacentes.
- Otras palabras clave: paralímpico, juegos paralímpicos.

Las palabras clave que más se repiten son: lesión medular (13 ocasiones), sexualidad (5), mujer con lesión medular (3), calidad de vida (3), paraplejía (2), tetraplejía (2), eyaculación (3) y disreflexia autonómica (2).

Sexo

De los 21 artículos revisados, 5 correspondían a estudios enfocados exclusivamente a mujeres, 5 enfocados exclusivamente a hombres y 11 a ambos sexos. En la tabla 1 lo vemos de forma detallada.

El sexo establece diferencias en las áreas temáticas abordadas y en la manera de abordarlas:

En los enfocados exclusivamente a hombres los objetivos a estudiar se centran en el estado de salud sexual (definido como frecuencia, interés, satisfacción) y en el estudio de las disfunciones sexuales principalmente, en especial las enfocadas a la reproducción como la eyaculación, o la calidad seminal.

En los estudios enfocados exclusivamente a la mujer aparecen sin embargo estudios que nos hablan de las vivencias y experiencias, siendo entendida la sexualidad como algo más amplio y complejo que lo meramente fisiológico.

Tabla 1. Abordajes de las investigaciones en sexualidad y lesión medular

Documentos	Hecho sexual humano	Marco conceptual de discapacidad	Sexo
1 Impact of spinal cord injury on sexuality: broad-based clinical practice intervention and practical application. <i>The Journal of Spinal Cord Medicine</i> . (Hess & Hough, 2012)	Sexuación, sexualidad y amatoria	Marco social	Ambos
2 Calidad de vida del varón con lesión medular traumática y disfunción sexual. <i>Enfermería Clínica</i> (Cobo-Cuenca et al., 2012)	Erótica y amatoria	Rehabilitador	Hombres
3 Sexuality, identity and women with spinal cord injury. <i>Sexuality and Disability</i> (Parker & Yau, 2012)	Sexuación, sexualidad, erótica, amatoria	Social	Mujeres
4 Sexual function in a traumatic spinal cord injured population 10-45 years after injury. <i>Journal of Rehabilitation Medicine</i> (Biering-Sørensen, Hansen, & Biering-Sørensen, 2012)	Amatoria	Rehabilitador	Ambos
5 Sexualité de la patiente neurologique. <i>Progres En Urologie</i> (Perrouin-Verbe, Courtois, Charvier, & Giuliano, 2013)	Amatoria	Rehabilitador	Mujeres
6 The spinal control of ejaculation revisited: A systematic review and meta-analysis of anejaculation in spinal cord injured patients. <i>Human Reproduction Update</i> (Chéhense et al., 2013)	Amatoria	Rehabilitador	Hombres
7 Cuidados enfermeros en el varón con lesión medular y disfunción sexual. <i>Enfermería Clínica</i> (Cobo-Cuenca, Martín-Espinosa, & Píriz Campos, 2013)	Amatoria	Rehabilitador	Hombres
8 The influence of health related quality of life on sexual desire in individuals with spinal cord injury from Colombia, South America. <i>Sexuality and Disability</i> (S.J. et al., 2013)	Erótica y amatoria	Rehabilitador	Ambos
9 Personal Experiences of Pregnancy and Fertility in Individuals with Spinal Cord Injury. <i>Sexuality and Disability</i> (Pebdani, Johnson, & Amtmann, 2013)	Sexualidad Erótica y amatoria	Social	Ambos
10 The Impact of Urinary Incontinence on Sexual Function and Sexual Satisfaction in Women with Spinal Cord (Cramp, Connolly, Cosby, & Ditor, 2014)	Amatoria	Rehabilitador	Mujeres
11 Secondary health conditions experienced by people with spinal cord injury within community living: Implications for a National Disability Insurance Scheme. <i>Australian Occupational Therapy</i> (Callaway, Barclay, Mcdonald, Farnworth, & Casey, 2015)	Amatoria	Rehabilitador	Ambos
12 “Don’t Think Paralysis Takes Away Your Womanhood”: Sexual Intimacy After Spinal Cord Injury. <i>The American Journal of Occupational Therapy: Official Publication of the American Occupational Therapy Association</i> (Fritz, Dillaway, & Lysack, 2015)	Sexualidad, erótica y amatoria	Social	Mujeres
13 Sexual satisfaction in women with spinal cord injuries. <i>Spinal Cord</i> (Otero-Villaverde et al., 2015)	Amatoria	Rehabilitador	Mujeres
14 Sexuality of Disabled Athletes Depending on the Form of Locomotion. <i>Journal of Human Kinetics</i> (Plinta, Sobiecka, Drosdzol-Cop, Nowak-Brzezinska, & Skrzypulec-Plinta, 2015)	Amatoria	Rehabilitador	Ambos
15 Cardiovascular Responses to Sexual Activity in Able-Bodied Individuals and Those Living with Spinal Cord Injury. <i>Journal of Neurotrauma</i> (Davidson, Elliott, & Krassioukov, 2016)	Amatoria	Rehabilitador	Ambos
16 Does Theorizing on Reciprocal Altruism Apply to the Relationships of Individuals with a Spinal Cord Injury? (Buunk AP,Zurriaga R, 2012)	Erótica y amatoria	Rehabilitador	Ambos
17 Predictors of changes in sentimental and sexual life after traumatic spinal cord injury. <i>Archives of Physical Medicine and Rehabilitation</i> (Sale et al., 2012)	Amatoria	Rehabilitador	Ambos
18 Legal Rights or Simply Wishes? The Struggle for Sexual Recognition of People with Physical Disabilities Using Personal Assistance in Sweden (Bahner, 2012)	Sexuación, sexualidad, erótica, amatoria	Social	Ambos
19 Sexual function and autonomic dysreflexia in men with spinal cord injuries: how should we treat? <i>Spinal Cord</i> (Courtois et al., 2012)	Amatoria	Rehabilitador	Hombres
20 Semen quality in ejaculates produced by masturbation in men with spinal cord injury. <i>Journal of Urology</i> (Kathiresan ASQ, Ibrahim E, Modh R, Abablla TC, Lynne CM, 2013)	Amatoria	Rehabilitador	Hombres
21 Promoting optimal functioning inn spinal cord injury: the role of rehabilitation psychology. <i>Handbook of clinical neurology</i> . (Wegener S et al., 2012)	Amatoria	Rehabilitador	Ambos

Marco conceptual de discapacidad

Ningún estudio se coloca en el modelo de la prescindencia. La mayoría de estudios sin embargo, se colocan en el modelo rehabilitador o biólogo, asumiendo la discapacidad desde el punto de vista anatómico-funcional y solo refiriéndose a las limitaciones de la lesión y casi en ningún caso a las potencialidades. Cuatro estudios se colocan en el modelo social, donde son las barreras físicas y sociales las que sitúan en una posición de desventaja a la persona lesionada y se asume la participación de la misma en la sociedad asumiendo su diversidad.

Abordajes de la sexualidad

La gran parte de los estudios hablan de la sexualidad como conducta, como aquello “que se hace”, incluyendo en alguno la erótica (lo que se desea). Por tanto, entendiendo la sexualidad como conducta sexual. Dentro de ello, la mayor parte se centra en las disfunciones o dificultades para realizar lo que se entiende como “conducta sexual normal”. La gran parte de los estudios hablan de las disfunciones según la etapa del ciclo de respuesta sexual que se ve afectada, así lo dividen en trastornos del impulso sexual, trastornos de la fase de excitación sexual, trastornos de la fase orgásmica.

Algunos estudios entienden la sexualidad incluyendo la sexuación, es decir, cómo afecta la lesión medular a la forma de ser hombre o mujer, a la masculinidad o la feminidad, a la forma de ser hombre o mujer en su vida.

Discusión/Conclusiones

La principal limitación del estudio es el escaso número de artículos revisados. Sería necesario realizar una revisión más amplia para poder profundizar en los marcos conceptuales.

En varios estudios refieren la existencia de pocos estudios sobre sexualidad en mujeres con discapacidad física en general, y menos los específicos sobre mujeres con lesión medular. Las razones que aporta la literatura son que el colectivo de lesionadas medulares es menor que el de los hombres y que no hay alteraciones fisiológicas que impidan el coito o poder tener hijos (Campo y Sánchez-Ramos, 2003; Allué, 2003) Algunos autores hablan de la mujer con discapacidad como “minoría de minorías” (Fritz et al., 2015). Sin embargo, vislumbramos que se están realizando estudios sobre la sexualidad en la lesión medular de las mujeres entendiendo la complejidad del tema, sin embargo, en los varones, se continúa con la dinámica de realizar estudios centrados en la mera genitalidad, que si bien, es importante, no consigue llegar a explicar la complejidad de la vivencia de la sexualidad tras un accidente medular.

La mayoría de los estudios revisados se enfocan desde una perspectiva de “lo que les falta”, de la limitación, de la dificultad. En ninguno de ellos aparece ninguna potencialidad que haya surgido a raíz de la lesión. “Casi todos y casi todas” partimos de un modelo de sexualidad reducido al “coito” y a los genitales; un modelo de sexualidad competitivo, reproductor y de rendimiento, que condiciona el modo en que miramos, tratamos y nos relacionamos con las personas que presentan algún tipo de hándicap (Sola, 2003).

El estudio de la discapacidad es un tema tan complejo como necesario, y el estudio de la sexualidad en personas con algún tipo de diversidad funcional más aún. Es necesario un abordaje en el que la persona sea el centro, para poder llegar a un entendimiento profundo del tema.

Referencias

- Aguado-Díaz, A. (1995). *Historia de las deficiencias*. Madrid: Escuela Libre Editorial. Disponible en: <http://www.copmadrid.org/webcopm/publicaciones/social/1996/vol2/arti11.htm>
- Álvarez-Pérez, M.J. (2015). *Lesión medular traumática en Asturias : 80 años de historia*.
- Bahner, J. (2012). *Legal Rights or Simply Wishes? The Struggle for Sexual Recognition of People with Physical Disabilities Using Personal Assistance in Sweden*, 337-356. doi: <http://doi.org/10.1007/s11195-012-9268-2>

Biering-Sørensen, I., Hansen, R.B., y Biering-Sørensen, F. (2012). Sexual function in a traumatic spinal cord injured population 10-45 years after injury. *Journal of Rehabilitation Medicine*, 44(11), 926-931. doi: <http://doi.org/10.2340/16501977-1057>

Buunk, A.P., y Zurriaga, R.G.P. (2012). Does Theorizing on Reciprocal Altruism Apply to the Relationships of Individuals with a Spinal Cord Injury? *Evolutionary Psychology*, 10(5), 818-829.

Callaway, L., Barclay, L., McDonald, R., Farnworth, L., y Casey, J. (2015). Secondary health conditions experienced by people with spinal cord injury within community living: Implications for a National Disability Insurance Scheme. *Australian Occupational Therapy Journal*, 62(4), 246-254. doi: <http://doi.org/10.1111/1440-1630.12206>

Campo, M., y Sánchez-Ramos, A. (2003). La mujer con lesión medular: sexualidad y maternidad. *Revista de Terapia Sexual y de la Pareja*, 16, 1-12. Disponible en: <http://www.geishad.org.mx/MUJERCONLESIONMEDULAR.pdf>

Chéhense, C., Bahrami, S., Denys, P., Clément, P., Bernabé, J., y Giuliano, F. (2013). The spinal control of ejaculation revisited: A systematic review and meta-analysis of anejaculation in spinal cord injured patients. *Human Reproduction Update*, 19(5), 507-526. doi: <http://doi.org/10.1093/humupd/dmt029>

Cobo-Cuenca, A.I., Martín-Espinosa, N.M., y Píriz-Campos, R.M. (2013). Cuidados enfermeros en el varón con lesión medular y disfunción sexual. *Enfermería Clínica*, 23(3), 128-132. Doi:<http://doi.org/10.1016/j.enfcli.2013.04.003>

Cobo-Cuenca, A.I., Serrano-Selva, J.P., De-la-Marta-Florencio, M., Esteban-Fuertes, M., Vírveda-Chamorro, M., Martín-Espinosa, N.M., y Sampietro-Crespo, A. (2012). Calidad de vida del varón con lesión medular traumática y disfunción sexual. *Enfermería Clínica*, 22(4), 205-208. doi: <http://doi.org/10.1016/j.enfcli.2012.05.002>

Courtois, F., Rodrigue, X., Cote, I., Boulet, M., Vezina, J.G., Charvier, K., y Dahan, V. (2012). Sexual function and autonomic dysreflexia in men with spinal cord injuries: how should we treat? *Spinal Cord*, 50(12), 869-877. doi: <http://doi.org/10.1038/sc.2012.83>

Cramp, J., Connolly, M., Cosby, J., y Ditor, D. (2014). The Impact of Urinary Incontinence on Sexual Function and Sexual Satisfaction in Women with Spinal Cord. 397-412. doi: <http://doi.org/10.1007/s11195-014-9354-8>

Davidson, R., Elliott, S., y Krassioukov, A. (2016). Cardiovascular Responses to Sexual Activity in Able-Bodied Individuals and Those Living with Spinal Cord Injury. *Journal of Neurotrauma*, 33(24), 2161-2174. doi: <http://doi.org/10.1089/neu.2015.4143>

De-Dios-del-Valle, R., y García-Ruiz, P.S.Á.O. (2006). *Discapacidad intelectual y sexualidad: conductas sexualmente no aceptadas*.

Fritz, H.A., Dillaway, H., y Lysack, C.L. (2015). "Don't Think Paralysis Takes Away Your Womanhood": Sexual Intimacy After Spinal Cord Injury. *The American Journal of Occupational Therapy: Official Publication of the American Occupational Therapy Association*, 69(2), 1-10. doi: <http://doi.org/10.5014/ajot.2015.015040>

García-Carenas, L., Alcedo-Rodríguez, M.Á., y Aguado-Díaz, A.L. (2008). La sexualidad de las personas con lesión medular: aspectos psicológicos y sociales. Una revisión actualizada. *Intervención Psicosocial*, 17(2), 125-141. doi: <http://doi.org/10.4321/S1132-05592008000200003>

Henao-Lema, C.P., y Pérez-Parra, J.E. (2010). Lesiones medulares y discapacidad: revisión bibliográfica. *Aquichan*, 10, 157-172.

Hess, M.J., y Hough, S. (2012). Impact of spinal cord injury on sexuality: broad-based clinical practice intervention and practical application. *The Journal of Spinal Cord Medicine*, 35(4), 211-218. doi: <http://doi.org/10.1179/2045772312Y.0000000025>

Huete-García, A., y Díaz-Velázquez, E. (2009). *Análisis sobre la lesión medular en España. Informe de Resultados*.

Kathiresan, A.S.Q., Ibrahim, E., Modh, R., Abablla, T.C., y Lynne, C.M.B.N. (2013). Re: Semen quality in ejaculates produced by masturbation in men with spinal cord injury. *Journal of Urology*, 190(3), 990. doi: <http://doi.org/10.1016/j.juro.2013.05.080>

Montoto, A., Ferreira, M., y Rodríguez, A. (2006). Manual SERMEF de Rehabilitación y Medicina Física. *Médica*, 505-519.

New, P.W., Seddon, M., Redpath, C., Currie, K.E., y Warren, N. (2016). Recommendations for spinal rehabilitation professionals regarding sexual education needs and preferences of people with spinal cord dysfunction: a mixed-methods study. *Spinal Cord*, (November 2015), 1-7. doi: <http://doi.org/10.1038/sc.2016.62>

Oliver, S. (2015). *Sexualidad, Lesión Medular Y Vida Activa*. Madrid, 1-6.

Organización Mundial de la Salud (2000). *Promoción de la salud sexual, recomendaciones para la acción*. Actas de Una Reunión de Consulta Convocada Por: Organización Panamericana de La Salud (OPS) Organización Mundial de La Salud (OMS), 1-58.

Otero-Villaverde, S., Ferreiro-Velasco, M.E., Montoto-Marqués, A., Salvador-de-la-Barrera, S., Arias-Pardo, A.I., y Rodríguez-Sotillo, A. (2015). Sexual satisfaction in women with spinal cord injuries. *Spinal Cord*, 53(7), 557-560. doi: <http://doi.org/10.1038/sc.2015.53>

Parker, M.G., y Yau, M.K. (2012). Sexuality, identity and women with spinal cord injury. *Sexuality and Disability*, 30(1), 15-27. doi: <http://doi.org/10.1007/s11195-011-9222-8>

Pebdani, R.N., Johnson, K.L., y Amtmann, D. (2013). Personal Experiences of Pregnancy and Fertility in Individuals with Spinal Cord Injury. *Sexuality and Disability*, 32, 65-74. doi: <http://doi.org/10.1007/s11195-013-9319-3>

Perrouin-Verbe, B., Courtois, F., Charvier, K., y Giuliano, F. (2013). Sexualité de la patiente neurologique. *Progres En Urologie*, 23(9), 594-600. doi: <http://doi.org/10.1016/j.purol.2013.01.004>

Plinta, R., Sobiecka, J., Droszol-Cop, A., Nowak-Brzezinska, A., y Skrzypulec-Plinta, V. (2015). Sexuality of Disabled Athletes Depending on the Form of Locomotion. *Journal of Human Kinetics*, 48(1), 79-86. doi: <http://doi.org/10.1515/hukin-2015-0094>

Romañach, J. (2003). *Héroes y parias. La Dignidad de las personas con discapacidad*, 1-12. Ciclo de conferencias "Discapacidad e Igualdad de Oportunidades".

Romañach, J., y Palacios, A. (2008). *El modelo de la diversidad. La Bioética y los Derechos Humanos como herramienta para alcanzar la plena dignidad en la diversidad funcional*. Diversitas. Disponible en: http://www.asoc-ies.org/diversitas/docs/modelo_diversidad.pdf

Javier, S.J., Perrin, P.B., Snipes, D.J., Olibera, S.L., Perdomo, J.L. et al. (2013). The influence of health related quality of life on sexual desire in individuals with spinal cord injury from Colombia, South America. *Sexuality and Disability*, 31(4), 325-335. doi: <http://doi.org/10.1007/s11195-013-9320-x>

Sale, P., Mazzarella, F., Pagliacci, M.C., Agosti, M., Felzani, G., y Franceschini, M. (2012). Predictors of changes in sentimental and sexual life after traumatic spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 93(11), 1944-1949. <http://doi.org/10.1016/j.apmr.2012.03.023>

Sola, F.M. (2003). *La erótica del encuentro*. COCEMFE Asturias.

Allué, M. (2003). *Mujer Y Discapacidad Física*, 1-6.

CAPÍTULO 14

Cansancio en el desempeño del rol del cuidador en la asistencia a pacientes con necesidad de Cuidados Paliativos: Hospitalización y Atención en domicilio

Gemma Real OrganvÍdez*, Cristina MacÍas Villanego**, y MarÍa Ogalla Flores***
Hospital de Jerez; Hospital VIAMED BahÍa de Cádiz**; Eventual del SAS****

Introducción

El aumento de la Esperanza de Vida conlleva a un envejecimiento de la población, modificando las necesidades y demandas en el ámbito de la salud. La mejora de la medicina occidental, el crecimiento de las especializaciones, la creación de nuevos tratamientos y una mayor eficacia en la rehabilitación deriva a la cronicidad de las enfermedades según Pessini y Bertachini (2006). Por esto se requiere una atención mayor a personas con enfermedades crónicas e incurables que derivan en cuidados paliativos al final de su ciclo vital. Para poder comprender mejor el término de cuidados paliativos, podemos afirmar gracias a estos autores que el término “paliativo” significa proporcionar una capa para calentar a “los que pasan frío”; por lo que podemos interpretar que en esencia consiste en evitar el sufrimiento a los demás y el dolor a los pacientes.

El estudio de Langaro (2017) se refiere a los cuidados paliativos como una modalidad asistencial en la enfermedad terminal, basados en un modelo de atención holística, integral e interdisciplinaria para que los pacientes puedan vivir de la forma más reconfortable posible.

Para determinar que situaciones requieren cuidados paliativos se tendrán en cuenta la presencia de los siguientes elementos, los cuales están citados en la Guía de Cuidados Paliativos (2014):

- Presencia de una enfermedad avanzada, progresiva, incurable.
- Falta de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico.
- Presencia de numerosos problemas o síntomas intensos, múltiples, multifactoriales y cambiantes.
- Gran impacto emocional en paciente, familia y equipo terapéutico, muy relacionado con la presencia, explícita o no, de la muerte.
- Pronóstico de vida inferior a 6 meses.

Aunque existe dificultad para calcular de forma precisa la población susceptible de recibir cuidados paliativos, lo podemos estimar a través del método propuesto por McNamara et al. (2006), que utilizan los datos de los registros de mortalidad en pacientes susceptibles de recibir dichos cuidados contabilizando las defunciones por diez causas seleccionadas. Estas causas son: cáncer, insuficiencia cardíaca, insuficiencia hepática, insuficiencia renal, EPOC, ELA y enfermedades de la motoneurona; enfermedad de Parkinson, enfermedad de Huntington, enfermedad de Alzheimer y SIDA.

Según la Organización Mundial de la Salud (2014), existen al menos 12 tipos de enfermedades en adultos que requieren cuidados paliativos (CP), lo que equivale a un total de 19,2 millones de personas que actualmente necesitan este tipo de atención.

Según datos registrados en el Plan Andaluz de Cuidados Paliativos (2008-2012) se estima que por cada millón de habitantes, fallecen anualmente en nuestro país 10.000 personas, de las cuales, 2.500 fallecen por cáncer. De éstas, necesitarán cuidados paliativos aproximadamente 2.000. En relación a los pacientes con enfermedades no oncológicas, entre 1000-1500 necesitarán de dichos cuidados. Por tanto, cada año necesitan cuidados paliativos unos 3.000-3.500 pacientes por cada millón de habitantes o un 33% de los que mueren anualmente. En Andalucía, se estima que entre 28.000 a 30.000 pacientes requerirán cada año esta atención, cantidad a la que hay que añadir los pacientes que están dentro del período terminal, pero que fallecerán al año siguiente.

Como nos comentan los autores Barbero y Días (2007) desde los años noventa se está produciendo un aumento del desarrollo en el cuidado y la atención en los pacientes al final de su vida, y son los Cuidados paliativos los idóneos para tratar este momento del final de la vida. Tras veinte años desde su implantación, la pregunta que se plantea es si esos planes de cuidados que se plantearon tanto a nivel nacional como a nivel regional son lo suficientemente efectivos y con una calidad óptima para el paciente. Ellos se plantean entre otras cuestiones que uno de los pilares importantes para poder ejercer unos cuidados paliativos de calidad es la correcta formación del personal encargado de dichos cuidados.

Los cuidados paliativos se llevan a cabo por profesionales de la salud en centros con atención primaria o especializada, centros de cuidados paliativos y residencias, lo que supone un importante gasto económico para los centros sanitarios. Además, los estudios han evidenciado que estos cuidados en casa mejoran la calidad de vida de los pacientes, aumenta la satisfacción con la atención, y genera un impacto económico positivo para el sistema sanitario, como hemos mencionado anteriormente (Rojas y García-Vivar, 2015; Fornells, 2000).

En el estudio de Baliza et al. (2012) se determina que en la actualidad existe una preferencia por parte de las familias y los pacientes para el tratamiento paliativo que se dispensa en casa, combinado con la tendencia de los cambios en la sociedad, lo que conduce de nuevo a las familias la responsabilidad de la atención a los pacientes que se están muriendo. Por lo tanto, la atención al final de la vida se ha convertido en una competencia requerida por los servicios de atención primaria de salud, sobre todo la proximidad a la atención recibida en la comunidad entre los equipos profesionales, pacientes y familiares.

El hecho de que las familias se dediquen a los cuidados paliativos del paciente implica tener unos conocimientos y habilidades específicos que en mucho de los casos no se poseen y derivan en una situación de estrés y frustración por parte del cuidador; alterando su calidad de vida afectando a su estado físico, psicológico y social (Rojas y García-Vivar, 2015; Sociedad Española de Cuidados Paliativos, 2012).

Objetivo

El objetivo de este estudio, tomando una muestra de pacientes que requieren cuidados paliativos, es analizar la sobrecarga subjetiva que perciben sus cuidadores principales comparando el nivel de cansancio entre la atención hospitalaria y domiciliaria.

Método

Hemos seleccionado para este estudio a 20 cuidadores de pacientes que requieren este tipo de cuidados y que además tienen un nivel cognitivo bajo (Test de Pfeiffer entre 5 y 7 errores). Este Test es una escala de valoración, la cual nos ayuda a detectar la existencia o no de deterioro intelectual en el anciano. Consta de 11 preguntas y su resultado se puntúa según los errores cometidos (una puntuación igual o superior a tres indica deterioro cognitivo):

Puntuación máxima: 8 errores.

0-2 errores: normal.

3-4 errores: leve deterioro cognitivo.

5-7 errores: moderado deterioro cognitivo, patológico.

8-10 errores: importante deterioro cognitivo.

Si el nivel educativo es bajo (estudios elementales) se admite un error más para cada categoría.

Si el nivel educativo es alto (universitario), se admite un nivel menos.

De dichos cuidadores 15 son mujeres y 5 hombres, entre edades comprendidas de los 35 a los 65 años; con diversas situaciones familiares (casados, solteros, con otras cargas familiares...) y diferentes parentescos (hijos, esposos, padres, amigos...).

En el Grupo A los pacientes están hospitalizados mientras que el Grupo B recibe los cuidados en domicilio.

Grupo A está formado por 7 mujeres y 3 hombres y el Grupo B por 8 mujeres y 2 hombres.

Procedimiento

Para la obtención de datos nuestra herramienta de valoración fue el cuestionario de Zarit (Crespo y Rivas, 2015). Nuestro estudio tendrá una duración de un mes, comenzando en el día de su hospitalización en el caso del Grupo A. Realizaremos una valoración en el primer día de ingreso y se reevaluará a los 30 días; comparando el cansancio del cuidador en este grupo con respecto al Grupo B, el cual valoraremos al incluirlo en el estudio y al mes.

Tenemos en cuenta que el Grupo A tendrá un apoyo sanitario las 24 horas del día mientras que el Grupo B se apoyará de la atención primaria en ocasiones puntuales.

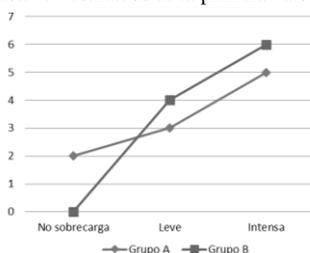
El cuestionario de Zarit consta de 22 ítems relacionados de las sensaciones del cuidador cuando cuidan de otras personas, cada uno de los cuales se puntúa en un gradiente de frecuencia que va desde 1(nunca) a 5 (casi siempre); siendo los valores intermedios, 2 (rara vez), 3(algunas veces) y 4 (bastantes veces). En puntuaciones menores de 47 puntos no existe sobrecarga del cuidador, entre 47-55 sobrecarga leve y más de 56 sobrecarga intensa.

Resultados

Valorando los resultados obtenidos en el cuestionario de Zarit, en el Grupo A, en la evaluación previa a su ingreso hospitalario, dos cuidadores obtuvieron puntuaciones menores de 47 (no sobrecarga), tres estaban entre 47 y 55 (sobrecarga leve) y cinco presentan más de 55 puntos (sobrecarga intensa), de los cuales tres son del sexo masculino. En el Grupo B, la primera valoración determinó que cuatro cuidadores tenían sobrecarga leve (47-55 puntos) y seis sobrecarga intensa (>55 puntos), donde se encuentran los dos hombres de este grupo.

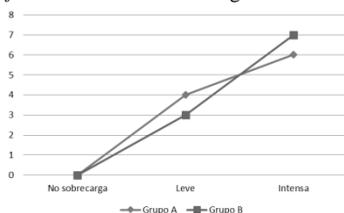
En la siguiente gráfica se pueden ver los resultados mejor de una manera más visual:

Gráfica 1. Resultados de la primera valoración



En la segunda evaluación, teniendo en cuenta que el Grupo A ha estado con apoyo sanitario continuado, se obtienen los siguientes resultados: seis cuidadores con sobrecarga leve y cuatro con sobrecarga intensa; mientras que en el Grupo B, con apoyo sanitario puntual por parte de atención primaria, hay tres cuidadores con sobrecarga leve y siete con sobrecarga intensa. En la siguiente gráfica se pueden ver ambos resultados.

Gráfica 2. Resultados de la segunda evaluación



Discusión/Conclusiones

Prestando atención a los resultados obtenidos en el Grupo A, podemos afirmar que en un 40% de los casos valorados el nivel de cansancio del cuidador es el mismo, independientemente de que el paciente esté ingresado o que el paciente reciba los cuidados en domicilio. En el 30% de los casos el nivel de sobrecarga detectado aumenta; siendo un 10% los cuidadores que previamente no tenían sobrecarga, ahora tienen una sobrecarga leve; otro 10% empeora su cansancio de leve a intenso y el 10% restante de no experimentar sobrecarga presenta sobrecarga intensa. Por último, un 30% disminuye su sobrecarga de intensa a leve.

Sin embargo, en el Grupo B se observa que un 50% se mantiene en la misma valoración; siendo un 10% de ellos leve y un 40% con sobrecarga intensa en ambos cuestionarios. El 30% pasa de leve a intenso y el 20% mejora su percepción del cansancio del rol del cuidador de intenso a leve.

Podemos concluir, en vista a los resultados obtenidos, que en personas que a priori no estaban sobrecargadas, empiezan a notar su cansancio cuando el paciente es hospitalizado; puede ser debido a múltiples causas, como por ejemplo los cambios de hábitos en sus actividades de la vida diaria, la falta de intimidad por no encontrarse en un ambiente conocido y cómodo, trastorno en el sueño y la alimentación, así como la sensación de desatender el hogar propio y a otros miembros de la familia. El sentimiento de culpabilidad al creer que el paciente no ha sido bien atendido en el domicilio, puede ser otra causa de frustración y aumento del estrés.

En el sector masculino hemos apreciado que la sobrecarga ha disminuido cuando la mayor parte del cuidado de su familiar pasa a manos del personal sanitario; esto puede ser debido a causa de que en esta muestra coincide con que el perfil masculino no tiene tantas cargas familiares además del cuidado de este paciente, ya que suele tener el apoyo de otras personas de la familia. En el sector femenino esta ayuda es menor, lo que lleva a un empeoramiento de la sobrecarga, como se ha descrito anteriormente. Esto es debido a que en algunos casos todavía sigue existiendo la idea de que la mujer es la que se tiene que hacer cargo de las personas mayores cuando enferman.

A diferencia de los pacientes que reciben sus cuidados en domicilio, se observan tres situaciones: en la primera, la situación de sobrecarga se mantiene, por lo que se necesitará un mayor apoyo por parte de la atención domiciliar prestada por los centros de atención primaria para evitar patologías en los cuidadores. Otra empeora puede ser coincidiendo con el empeoramiento de la persona a la que atiende, debido a que esta puede necesitar más cuidados específicos (aspiración de secreciones, alimentación por SNG o PEG, cura de úlceras por presión...), de los cuales el cuidador no tiene unos conocimientos amplios de los mismos. Y por último, hay una pequeña parte que mejora porque ha afrontado la situación de una forma natural y tiene recursos para ello.

Al ser una escala de valoración subjetiva, los resultados dependen mucho de la situación personal del cuidador, de sus creencias, su situación familiar, si ha experimentado antes o no un caso similar al actual, la percepción y el miedo a la muerte, recursos tanto económicos como sociales, habilidades y conocimientos, de la edad del propio cuidador y de la persona a la que se prestan dichos cuidados y del apoyo percibido por el Sistema Sanitario y por otros miembros de la familia.

Sería conveniente la realización de estudios a mayor escala, con una mayor muestra de cuidadores, continuado en el tiempo y con distintas evaluaciones; cuando la situación del paciente cambie o se sospeche de un nivel de sobrecarga distinto al inicial. Así los resultados podrían ser más específicos y más concluyentes.

Aun así, aunque la decisión de que el paciente continúe con los cuidados en el hospital o en el domicilio sea tomada por sus cuidadores junto con el equipo multidisciplinar, todos tienen como referencia y pensamiento el que el paciente esté lo más confortable posible.

Referencias

- Álvarez, L., González, A.M., y Muñoz, P. (2008). El cuestionario de sobrecarga del cuidador de Zarit: Cómo administrarlo e interpretarlo. *Gaceta Sanitaria*, 22(6), 618-619.
- Arias, M., y García-Vivar, C. (2015). La transición de los cuidados paliativos del hospital a la casa: una revisión narrativa de experiencias de los pacientes y los cuidadores familiares. *Investigación y Educación en Enfermería*, 33(3), 482-491.
- Barbero, J., y Díaz, L. (2007). Diez cuestiones inquietantes en cuidados paliativos. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30(3), 71-86.
- Bertachini, L., y Pessini, L. (2006). Nuevas perspectivas en cuidados paliativos. *Acta bioethica*, 12(2), 231-242.
- Calixto, V.M., Freire, M., Poles, K., Silva, L., y Szylyt, R. (2012). Los cuidados paliativos en el hogar: percepciones de las enfermeras en la Estrategia Salud de la Familia. *Acta Paulista de Enfermería*, 25(SPE2), 13-18.
- Crespo, M., Rivas, M.T. (2015). La evaluación de la carga del cuidador: Una revisión más allá de la escala de Zarit. *Clínica y Salud*, 26(1), 9-15.
- Fornells, H.A. (2000). Cuidados paliativos en el domicilio. *Acta bioethica*, 6(1), 63-75.
- Holman, C.D., McNamara, B., y Rosenwax, L.K. (2006). A method for defining and estimating the palliative care population. *J Pain Symptom Manage*, 32, 5-12.
- Langaro, F. (2017). “Salva o Velho!”: Relato de Atendimento em Psicologia Hospitalar e Cuidados Paliativos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 37(1), 224-235.
- Pfeiffer, E. (1975). A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. *Journal of the American Geriatrics Society*, 23(10), 433-441.
- Servicio Andaluz de Salud (2014). Guía de cuidados paliativos. Woldwide Alianza de cuidados paliativos, Organización Mundial de la Salud. Atlas mundial de los cuidados paliativos al final de la vida. OMS: Ginebra; Enero de 2014.
- Sociedad Española de Cuidados Paliativos. (2012). *Denominado Libro Blanco sobre Normas de Calidad y Estándares de Cuidados Paliativos de la Sociedad Europea de Cuidados Paliativos*. Madrid: Siosi Punto Gráfico.

CAPÍTULO 15

Influencia de la autoestima en el estado de salud y la frecuencia de práctica de ejercicio en la población

M^a del Mar Simón, M^a del Carmen Pérez-Fuentes, M^a del Mar Molero, África Martos, Ana B. Barragán, Carmen M^a Hernández-Garre, y José Jesús Gázquez
Universidad de Almería

Introducción

El ejercicio físico es en la actualidad un factor fundamental para la mejora de la salud en toda la población. Por ello, en los últimos años se ha incrementado de manera incipiente la demanda social de ejercicio físico no solo por mejorar su salud sino por mejorar el propio cuerpo (Moreno-Murcia, Borges, Marcos, Sierra, y Huéscar, 2012).

Estos aspectos hacen que resulte fundamental estudiar los diferentes factores que contribuyen a la realización de actividad física de forma regular, debido a los importantes beneficios que esta tiene tanto a nivel físico como psicológico y social (Moreno-Murcia, Borges, Marcos, Sierra Rodríguez, y Huéscar, 2012). La realización de deporte de manera frecuente repercute de manera beneficiosa en el bienestar físico y psicológico de la persona, se ha demostrado en múltiples estudios que la práctica de actividad físico-deportiva diaria mejora la calidad de vida de las personas, principalmente su salud actual y envejecer de manera saludable (González-Serrano, Huéscar, y Moreno-Murcia, 2013).

No obstante, a pesar de los beneficios que esta tiene para la salud, la inactividad física sigue siendo en la actualidad uno de los factores de riesgo de mortalidad más importantes en nuestra sociedad. Esto repercute en la aparición de enfermedades no transmisibles y de salud general en todo el mundo, como enfermedades cardiovasculares causadas por la obesidad, dislipidemias, el exceso de glucosa, la hipertensión arterial y el tabaquismo entre otras. Siendo el sobrepeso y la obesidad uno de los principales factores de la mortalidad a nivel mundial (Bonilla y Sáez Torralba, 2014; Meseguer, García Cantó, y Rodríguez García, 2016; OMS, 2013).

La frecuencia de la práctica de ejercicio físico varía en función de la edad, viéndose disminuido a medida que aumenta la edad de la población. Según la Encuesta Nacional de Salud del año 2011/2012, menos de la mitad de la población de entre 15 y 69 años reconoce que no realiza ningún tipo de actividad física durante su tiempo libre (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2014). Para incrementar la frecuencia de realización de ejercicio físico es necesario saber cuáles son los aspectos relacionados con la participación y abandono en esta (Martín-Matillas et al., 2011; Monteagudo, 2014; Ponce de León y Sanz, 2014; Ahedo y Macua, 2016).

Algunos aspectos clave vinculados a la práctica de ejercicio físico según diversos estudios pueden ser: la motivación la diversión, la realización de ejercicio físico, el bienestar físico, la satisfacción, y la autoestima (Ahedo y Macua, 2016).

En la actualidad, el sobrepeso y la obesidad son un problema que preocupa a la sociedad ya que conlleva graves consecuencias para la salud pública, existiendo así, un porcentaje elevado de personas que sufren sobrepeso y obesidad. Diversos estudios, como los de Estévez et al. (2015) y Taylor, Wamser, Welch, y Nanney (2012), sugieren que la existencia de sobrepeso y obesidad en las personas puede estar vinculada a una mala imagen corporal, una baja autoestima y una baja competencia física. Por el contrario, la realización de actividad físico-deportiva puede estar vinculada con un desarrollo positivo en las personas, lo que supone una alta autoestima y un mayor bienestar lo que supone una mayor práctica de ejercicio físico y una mejora de la salud en general.

La autoestima está vinculada de manera positiva con el bienestar psicológico de las personas que practican con asiduidad ejercicio físico por sus beneficios psicológicos, emocionales y físicos (Montero, Rueda, y Bermúdez, 2012; Molina, Chorot, Valiente, y Bonifacio, 2014).

Por todo ello, nos planteamos como objetivo analizar las relaciones existentes entre la autoestima global, la edad, el estado de salud y la frecuencia con la que las personas practican ejercicio físico.

Método

Participantes

La muestra estuvo formada por un total de 187 estudiantes, con edades comprendidas entre 18 y 54 años, presentando una media de edad de 32,05 años ($DT= 9,445$). El 25,1% eran hombres ($N= 47$) y el 74,9% ($N= 140$) mujeres. El 3,8% de la muestra eran titulados en medicina ($N=6$), el 23,3% en enfermería ($N=37$), el 16,4% en técnico en cuidados auxiliares de enfermería ($N=26$), el 1,9% en fisioterapia ($N=3$), el 1,3% en odontología ($N=2$), el 3,8% en psicología ($N=6$), el 45,9% en otras ($N=73$), el 0,6% en biología, física o química ($N=1$) y el 3,1% en farmacia ($N=5$).

Tabla 1. Distribución de la muestra según sexo y estado civil

	Sexo		Estado civil			
	Hombre	Mujer	Soltero/a	Divorciado/a separado/a	Casado/a o pareja estable	Viudo/a
<i>N</i>	47	141	106	7	74	1
%	25%	75%	56,4%	3,7%	39,4%	0,5%

Instrumentos

La recogida de datos se ha llevado a cabo mediante un cuestionario de autoestima de Rosenberg, formado por un total de 10 ítems. (Rosenberg, 1965; Atienza, Balaguer, y Moreno, 2000).

Por otro lado, se empleó un cuestionario ad hoc, formado por un total de 4 ítems, donde se han formulado diferentes preguntas para obtener información detallada de las diferentes variables. Las variables que se tuvieron en cuenta para este estudio fueron las siguientes; la frecuencia con la que practican ejercicio físico en la actualidad, si deberían realizar más ejercicio del que practican actualmente, si serían capaces de realizar más ejercicio, el tipo de actividad físico-deportiva que realizan o suelen realizar.

Procedimiento y análisis de datos

Para la recogida de datos se ha realizado un cuestionario dirigido a estudiantes que participaron de manera voluntaria en este estudio. Así bien, se les proporcionó la información necesaria sobre dicha investigación y se les indicó a los participantes que respondiesen sinceramente a las distintas preguntas planteadas, insistiendo en su carácter totalmente confidencial. En la realización de este estudio hemos protegido el anonimato de los participantes, cumpliendo así la Ley de Protección de Datos Personales del Comité de Ética de Investigación.

Para el análisis de datos se ha utilizado el programa estadístico SPSS 23, y se ha llevado a cabo el análisis de frecuencias y descriptivos. Además, se utilizó para el estudio la prueba t de Student para mostrar si existían diferencias significativas entre las variables ¿Con qué frecuencia practica ejercicio físico en la actualidad (o ha practicado durante los seis meses) ?, ¿Cuál diría que es su estado de salud?, y el sexo. Por otro lado, se utilizó una correlación de Pearson para analizar la relación existente entre las variables Autoestima Global, la edad, ¿Con qué frecuencia practica ejercicio físico en la actualidad (o ha practicado durante los seis meses) ?, y ¿Cómo diría que es su estado de salud?

Resultados

Tras realizar el estudio en un grupo de estudiantes del ámbito de la salud, observamos en la tabla 2 que presentan una correlación positiva entre las variables de Autoestima Global y la edad ($r=0,13$; $p<0,05$), del mismo modo, se muestra una correlación positiva entre las variables Autoestima Global y la valoración de su estado de salud ($r= 0,22$; $p<0,005$) y las variables Autoestima Global y la frecuencia con la que practican ejercicio físico ($r= 0,33$; $p<0,001$). Por otro lado, se muestra una correlación positiva entre las variables edad y como diría que es su estado de salud ($r= 0,07$; $p<0,5$) y entre las variables edad y la frecuencia con la que practican ejercicio físico ($r= 0,02$; $p<0,5$). Por último, se aprecia una correlación positiva entre las variables como diría que es su estado de salud y la frecuencia con la que practican ejercicio físico ($r=0,29$; $p<0,001$).

Tabla 2. Matriz de correlación entre las variables Autoestima Global, edad, como diría que es su estado de salud y la frecuencia practica ejercicio físico

		Edad	¿Cómo diría que es su estado de salud?	¿Con qué frecuencia practica ejercicio físico en la actualidad (o ha practicado durante los seis meses)?
Autoestima Global	Correlación de Pearson	,13	,22**	,33
	Sig	,075	,003	,00
	N	188	180	176
Edad	Correlación de Pearson		,07	,02
	Sig		,33	,83
	N		180	176
¿Cómo diría que es su estado de salud?	Correlación de Pearson			,29**
	Sig			,00
	N			171

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

En relación a la tabla 3, al realizar la comparativa de medias por grupos según el sexo se observa que los hombres tienen una media de estado de salud ligeramente superior ($M= 1,32$; $DT= 0,83$) a la media de las mujeres ($M= 1,13$; $DT= 0,78$), en esta misma línea, se observa que respecto a la frecuencia de práctica ejercicio físico, las puntuaciones medias respecto hombres y mujeres son muy similares.

Por otro lado, no se observan diferencias significativas entre hombres y mujeres ni en como dirían que es su estado de salud ($t(176)= 1,33$; $p= 0,17$), ni en la frecuencia con la que practican ejercicio físico ($t(180)= 0,82$; $p= 0,41$).

Tabla 3. Valoración de su estado de salud y la frecuencia en la práctica de ejercicio físico. Descriptivos y prueba t

	Sexo						t	P
	Hombre			Mujer				
	N	Media	DT	N	Media	DT		
¿Cómo diría que es su estado de salud?	44	1,32	,83	132	1,13	,78	1,33	,17
¿Con qué frecuencia practica ejercicio físico en la actualidad (o ha practicado durante los seis meses)?	46	3,25	,85	134	3,25	,68	,82	,41

Conclusiones

Tal y como muestran los resultados obtenidos en el apartado anterior, podemos observar una correlación positiva en muchas de las variables estudiadas, así bien, se muestra que a mayor autoestima global mayor es la edad de la población estudiada, del mismo modo que a mayor autoestima global

mayor es el estado de salud, y a mayor autoestima global mayor es la frecuencia de ejercicio físico. Por otro lado, encontramos que a mayor edad mayor es el estado de salud y la frecuencia de ejercicio. Por último, se observa que cuanto mayor es el estado de salud mayor es la frecuencia de ejercicio físico.

Como muestran otros estudios, al igual que el presente, las personas de mayor edad tienen una mayor autoestima lo que hace que se realice ejercicio físico con mayor frecuencia, ya que esto mejora la calidad de vida de las personas mayores y hace que el envejecimiento sea una herramienta esencial para prevenir y retrasar las consecuencias del envejecimiento (Bonilla y Sáez Torralba, 2014; Pérez-Fuentes, Gázquez, Molero y Mercader, 2012). Por el contrario, diversos estudios constatan que los adolescentes cada vez son más sedentarios, teniendo una escasa actividad física lo que actualmente preocupa a las instituciones de la salud (Alfaro et al., 2016; Ahedo y Macua, 2016).

En cuanto a los resultados obtenidos con la prueba t, podemos decir que no se muestran diferencias significativas entre las variables, como diría que es su estado de salud y la frecuencia práctica ejercicio físico. No obstante, algunos estudios muestran del mismo modo que el estudio presente que, en cuanto a las diferencias de género en relación con la percepción de la imagen corporal y la frecuencia de ejercicio físico, son las mujeres las que tienen una mala imagen corporal y realizan una escasa actividad física frente a los hombres que tienen una buena imagen corporal sobre sí mismos y practican ejercicio con mayor frecuencia (González González de Mesa, Cuervo, Cachón, y Zagalaz, 2016; Sicilia, et al., 2014).

Agradecimientos

Parte de este trabajo se ha desarrollado gracias a la financiación del Plan Propio de Investigación 2015 de la Universidad de Almería, por la ayuda para la contratación de personal investigador en formación predoctoral, concedida a Ana Belén Barragán Martín, así como, gracias a la financiación de Formación de Profesorado Universitario en Áreas Deficitarias, Ayudas Gerty Cori, por la ayuda para la contratación de personal investigador en formación predoctoral, concedida a María del Mar Simón Márquez

Referencias

- Ahedo, R., y Macua, A. (2016). Características de las prácticas de ocio físico-deportivas significativas de los jóvenes españoles. *Revista de Psicología del Deporte*, 25(2), 67-72.
- Alfaro, M., Vázquez Fernández, M.E., Fierro, A., Rodríguez Molinero, L., Muñoz Moreno, M.F., y Herrero, B. (2016). Hábitos de alimentación y ejercicio físico en los adolescentes. *Revista pediátrica de Atención Primaria*, 18, 221-229.
- Bonilla, E., y Sáez Torralba, M.E. (2014). Beneficios del ejercicio físico en el adulto. *RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA)*, 2(4), 21-30.
- Estévez, M., Muros, J.J., Torres, B., Pradas, F., Zurita, F., y Cepero, M. (2015). Influencia de la composición corporal y la aceptación por las clases de educación física sobre la autoestima de niños de 14-16 años de Alicante, España. *Nutrición Hospitalaria*, 31(4), 1519-1524.
- González González de Mesa, C., Cuervo, C., Cachón, J., y Zagalaz, M.L. (2016). Relación entre variables demográficas, la práctica de ejercicio físico y la percepción de la imagen corporal en estudiantes del grado de magisterio. *RETOS. Nuevas Tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación*, 29, 90-94.
- González-Serrano, G., Huéscar, E., y Moreno-Murcia, J.A. (2013). Satisfacción con la vida y ejercicio físico. *European Journal of Human Movement*, 30, 131-151.
- Martín-Matillas, M., Ortega, F.B., Chillón, P., Pérez, I.J., Ruiz, J.R., Castillo, R., ... Tercedor, P., (2011). Physical activity among Spanish adolescents: Relationship with their relatives' physical activity-The AVENA Study. *Journal of Sports Sciences*, 29, 329-336.
- Meseguer, M., García Cantó, E., y Rodríguez García, P.L. (2016). Influencia de un programa de ejercicio físico en la condición física en sujetos de 26 a 47 años con algún factor de riesgo cardiovascular. *EmásF, Revista Digital de Educación Física*, 7(38), 27-40.

Ministerio de Educación, Cultura y Deporte. (2015). Anuario de Estadísticas Deportivas 2014. Madrid: Subdirección General de Estadística y Estudios, Secretaría General Técnica Ministerio de Educación, Cultura y Deporte.

Molina, J., Chorot, P., Valiente, R.M., y Sandín, B. (2014). Miedo a la evaluación negativa, autoestima y presión psicológica: Efectos sobre el rendimiento deportivo en adolescentes. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 14(3), 57-66.

Molina, J., Chorot, P., Valiente, R.M., y Sandín, B. (2014). Miedo a la evaluación negativa, autoestima y presión psicológica: Efectos sobre el rendimiento deportivo en adolescentes. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 14(3), 57-66.

Monteagudo, M. J. (2014) Factores determinantes de la adherencia deportiva juvenil: aportaciones desde los itinerarios de ocio deportivo. *Revista Subjetividades*, 14(1), 65-86.

Montero, P., Rueda, B. y Bermúdez, J. (2012). Relación de la personalidad tipo D y el agotamiento vital con las emociones negativas y el ajuste psicológico a la enfermedad cardíaca. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 17, 93-106.

Moreno-Murcia, J.A., Borges, F., Marcos, P.J., Sierra Rodríguez, A.C., y Huéscar, E. (2012). Motivación, frecuencia y tipo de actividad en practicantes de ejercicio físico. *Revista Internacional de Medicina y Ciencias de la Actividad Física y el Deporte*, 12(48), 649-662.

OMS. (2013). Recomendaciones mundiales sobre actividad física para la salud. Ginebra: OMS.

Pérez-Fuentes, M.C., Gázquez, J.J., Molero, M.M., y Mercader, I. (2012). Un estudio de campo sobre el envejecimiento activo en función de la actividad física y el ejercicio físico. *Revista Iberoamericana de Psicología y Salud*, 3(1), 19-37.

Ponce-de-León, A., y Sanz, E. (2014). Predictores de la actividad física de tiempo libre en una población universitaria española. *Pedagogía Social. Revista Interuniversitaria*, 24, 183-197.

Sicilia, A., González-Cutre, D., Artés, E.M., Orta, A., Casimiro, A., y Ferriz, R. (2014). Motivos de los ciudadanos para realizar ejercicio físico: un estudio desde la teoría de la autodeterminación. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 46(2), 83-91.

Taylor, M.J, Wamser, R.A., Welch, D.Z., y Nanney, J.T. (2012). Multidimensional self-esteem as a mediator of the relationship between sports participation and victimization: A study of African American girls. *Violence Vict*, 27, 434-52.

CAPÍTULO 16

Perfiles neuropsicológicos de la función ejecutiva en personas con discapacidad intelectual: Memoria de trabajo

Patricia Solar Peña

Universidad de Oviedo. Centro de Apoyo a la Integración ASCIVITAS

Introducción

La evidencia ha mostrado que el estudio de la memoria de trabajo y de las funciones ejecutivas es crucial para comprender el perfil cognitivo de las personas con discapacidad intelectual y para implementar programas apropiados de intervención (Hippolyte, Van-der-Linde, y Barisnikov, 2010). Tanto la memoria de trabajo como las funciones ejecutivas pueden ser conceptos clave para el estudio de la discapacidad intelectual ya que la investigación sobre la inteligencia está demostrando su rol crítico (Engle y Unsworth, 2005).

La memoria de trabajo es uno de los procesos psicológicos básicos que intervienen de forma relevante en los aprendizajes elementales, así, los numerosos estudios han ido demostrando el importante papel de la memoria de trabajo en muchas actividades de la vida diaria. Atendiendo a la definición ofrecida por Baddeley (1992), la memoria de trabajo es un sistema que proporciona almacenamiento temporal y manipulación de la información necesaria para llevar a cabo tareas cognitivas complejas, como la comprensión del lenguaje, el aprendizaje y el razonamiento (Baddeley, 1986; Gathercole-Alloway, Willis, y Adams, 2006). Se puede decir que la memoria de trabajo debe su importancia al hecho de que, como sistema general de control cognitivo y razonamiento, implique la interacción entre otros procesos mentales como la atención, la percepción, la motivación y la memoria (López, 2011).

Los enfoques basados en el estudio del perfil neuropsicológico de fenotipos conductuales de la discapacidad intelectual, plantean que las personas con una etiología concreta exhiben de forma más probable ciertos rasgos en comparación con otras con un nivel cognitivo similar de etiología diferente (Hodapp y Dykens, 2005), sin embargo, no permiten abordar el estudio del 60% de casos de personas con discapacidad intelectual de etiología desconocida (Rauch et al., 2006; Salvador-Carulla y Bertelli, 2008).

Son varios los estudios que señalan que las personas adultas con Síndrome de Down presentan déficits más evidentes en memoria de trabajo que los adultos con discapacidad intelectual de etiología desconocida y otras etiologías (Lanfranchi, Jerman, Dal, Alberti, y Vianello, 2010) siendo que mostrarían una disociación entre las modalidades verbal y visoespacial, mostrando, incluso, niveles más altos que otros adultos con Di en tareas visoespaciales (Edgin, Pennington, y Mervis, 2010) y claros niveles más bajos en memoria de trabajo de tipo verbal.

El presente estudio muestra los resultados de personas adultas con discapacidad intelectual, con etiología de Síndrome de Down y con etiología desconocida, en distintas pruebas de memoria, especialmente centradas en la memoria de trabajo.

Método

Muestra

Se ha realizado un estudio del rendimiento en diferentes tareas de memoria, especialmente de memoria de trabajo, en una muestra de 28 personas adultas –media de edad de 37 años– con discapacidad intelectual: Síndrome de Down (muestra de 14 sujetos, siendo 9 de ellos, hombres y 5, mujeres) y sin etiología determinada (muestra de 14 sujetos, siendo 10 de ellos, hombres y 4, mujeres) con medida de

cociente intelectual entre 40 y 76 (Puntuaciones típicas de K-BIT compuesto) y sin sospecha de deterioro cognitivo (Prueba CAMDEX-DS).

Instrumentos

K-BIT (Kaufman, 1990): El Test Breve de Inteligencia de Kaufman, es un test diseñado para evaluar la inteligencia verbal y no verbal en niños, adolescentes y adultos de 4 a 90 años, que cuenta con una adaptación española. Su forma de aplicación es individual y bastante rápida (de 15 a 30 minutos). El K-BIT está considerado una prueba libre de influencia verbal y nos permite obtener un índice general de inteligencia.

CAMDEX-DS: Batería CAMCOG-DS (Esteba-Castillo, Novell, Vila, y Rivas, 2013): El inventario CAMDEX-DS es un instrumento diagnóstico ideado para la evaluación de las formas más frecuentes de deterioro cognitivo y demencia así como de otros trastornos mentales y físicos presentes en personas adultas con Síndrome de Down o con discapacidad intelectual de otras etiologías con adaptación española.

Memoria: Para la medida de la memoria, se han empleado las pruebas: 1) MT visoespacial adaptada, 2) Cubos de Corsi (Orden inverso) 3) Span de Dígitos (orden inverso) y 4) Prueba N-Back adaptada.

1) **MT visoespacial:** Esta prueba consta de 12 láminas, cada una de ellas con una tabla de 3x4 cuadrículas que contienen 12 imágenes diferentes. Si bien las imágenes son siempre las mismas, van cambiando de posición en cada lámina. El sujeto debe seleccionar una imagen distinta en cada ensayo-lámina, de forma que al finalizar la prueba hayan señalado las 12 imágenes. Por tanto, el máximo de aciertos es 12 y el mínimo es 0. Para la realización correcta de la prueba, el sujeto ha de memorizar las imágenes, reconocerlas en cada lámina y mantener en la memoria el recuerdo de las ya seleccionadas.

2) **Cubos de Corsi (Corsi, 1972):** Es una de las pruebas más utilizadas para la evaluación de la memoria de trabajo de tipo visoespacial y fue desarrollada como contraparte visoespacial de las tareas de memoria verbal inmediata, en orden progresivo. La prueba ha ido aplicándose con diversas modificaciones tanto en el diseño de la prueba como en el número, el tamaño y la colocación de los cubos, así como en el ritmo de administración, las secuencias, el orden de señalamiento de los cubos y los métodos de calificación. En este estudio se muestran los resultados obtenidos en la prueba diseñada para el recuerdo en orden inverso. La prueba de memoria consta de dos partes, directa e inversa: en la primera, el sujeto debe reproducir una secuencia de varios elementos que se presentan progresivamente tras memorizarla. Dicha secuencia consiste en un grupo de 10 cuadrados que se van “iluminando”, comenzando con la iluminación de 2 y en dificultad creciente hasta llegar a 8. Se realizan, además, dos ensayos por cada nivel (dos ensayos con dos elementos, dos ensayos con tres elementos, etc.). En esta primera parte la reproducción debe ser directa, es decir, en el mismo orden en el que aparecieron los estímulos. En la segunda parte esta reproducción va a ser inversa, es decir, la respuesta comienza con el último elemento “iluminado”, acabando en el primero. (Nota*: La prueba se detiene si el sujeto falla dos ensayos seguidos del mismo nivel, por ejemplo: si ha fallado al realizar los dos ensayos con 3 cuadrados iluminados).

3) **Span de dígitos:** Se trata de una prueba de recuerdo inmediato verbal siguiendo la prueba de Wechsler, WMS-III (Wechsler, 1998). En prueba de memoria utilizada existen dos condiciones a realizar: memorización de dígitos en orden directo e inverso. En la primera se nombran verbalmente una secuencia de dígitos con un intervalo de un segundo entre ellos y la persona debe repetirlos en el mismo orden a continuación. En la condición inversa, lo que se solicita es que los repita pero en orden inverso, del último al primero. Se comienza con 2 dígitos y se va aumentando un dígito cada vez, hasta llegar a 8, tanto en la versión directa como en la inversa. Al igual que en la prueba anterior se realizan dos intentos por nivel (dos intentos en la secuencia de dos dígitos, dos intentos en la secuencia de tres dígitos, etc.)

4) **N-Back adaptada:** El paradigma básico en N-Back supone actualizar y mantener el contenido de la información. Estas tareas consisten en reconocer si un determinado estímulo (por ejemplo, una imagen)

se ha presentado con anterioridad (Fletcher y Henson, 2001). Así, en una tarea 1-back el sujeto deberá decidir si una imagen coincide con la anterior (baja exigencia). En 2-back si una imagen coincide con la presentada dos estímulos antes, etc. La adaptación realizada para esta investigación consiste en 57 cartas con diferentes estímulos visuales (dibujos) que se van presentando al sujeto de una en una formando una secuencia. Este debe responder “sí” sólo cuando aparece en dicha secuencia una pelota precedida de una escalera (1-back: Estímulo compuesto Escalera-Pelota) mientras que no debe decir nada en otras condiciones (cuando la escalera o la pelota aparecen solas o ante otro tipo de estímulo diferente). Las condiciones son las siguientes: a) Decir “sí” ante la secuencia “escalera-pelota” se considera acierto: aparecen así 7 veces a lo largo de la prueba, por lo que el máximo de aciertos es 7. b) Decir “si” ante “otro estímulo-pelota” se considera comisión: aparecen así 7 veces, por lo que el máximo es 7. c) Decir “sí” ante cualquier otro tipo de estímulo se considera error: el máximo de errores será de 43, ya que la prueba consta de 43 estímulos irrelevantes. En la consideración de resultados se pueden tener en cuenta, tanto las puntuaciones relativas a aciertos, como a comisiones y a la diferencia aciertos – comisiones. d) Es el cálculo obtenido de restar a (aciertos) –b (comisiones).

Procedimiento

Se definió un protocolo de valoración con los Centros colaboradores (Centros de Apoyo a la Integración/ Centros Ocupacionales del Principado de Asturias), en el que se contemplaban tanto el número de sesiones, como el tiempo máximo por sesión para evitar efectos derivados de la fatiga (sesiones de 60 minutos divididas por un descanso cada 20 minutos), el orden de pruebas a aplicar, el tiempo de administración de cada prueba y los investigadores (psicólogos con experiencia en atención de personas con discapacidad intelectual), asignados para la aplicación de las mismas. Todos los participantes firmaron un consentimiento informado diseñado en fácil lectura y pictográfico, y, en los casos de incapacitación, consintieron ellos mismos y sus tutores legales. Sus datos fueron procesados con claves alfanuméricas para preservar la protección de sus datos personales y los datos del centro de pertenencia.

Resultados

El análisis estadístico realizado, (Anova entre grupos, y siendo una muestra pequeña), no refleja diferencias estadísticamente significativas entre ambos grupos (con Síndrome de Down y sin etiología determinada) en las diferentes pruebas aplicadas. Se presentan, por tanto, los datos referidos a respuestas, en número de aciertos por cada prueba y grupo ya que sí se pueden apreciar tendencias diferentes (ver tablas 1 y 2).

Tabla 1. Aciertos del grupo Síndrome de Down en las pruebas administradas

Estadísticos Descriptivos-Grupo Síndrome de Down				
Pruebas	Media	Desviación estándar	Varianza	
1.MTv-e	10,29	2,30	5,30	
2.Corsi	2,43	1,55	2,42	
3.Span Dígitos	1,58	1,31	1,72	
	a	5,43	2,50	6,26
	b	3,00	3,23	10,46
4.N-Back	c	3,29	8,45	71,45
	d	2,21	8,83	78,03

Tabla 2. Aciertos del grupo Sin etiología en las pruebas administradas

Estadísticos Descriptivos-Grupo Sin Etiología			
Pruebas	Media	Desviación estándar	Varianza
1.MTv-e	11,43	0,65	0,42
2.Corsi	2,86	0,53	0,29
3.Span Dígitos	2,17	1,19	1,42
4.N-Back	a	5,79	2,33
	b	1,43	2,47
	c	0,07	0,27
	d	5,71	2,33

Discusión/Conclusiones

Observando los datos de las respuestas en ambos grupos (número de aciertos), se puede apreciar una tendencia –no estadísticamente significativa para estas condiciones- del grupo Sin etiología, a obtener mejores puntuaciones que el grupo Síndrome de Down en todas las tareas de memoria administradas. No se observa una diferencia destacable entre las pruebas visoespaciales y verbales, pero sí resulta interesante para estudios posteriores el hecho de que, en las pruebas N-back, el grupo Síndrome de Down presente una tendencia a cometer un mayor número de respuestas por comisión, lo que reduce de forma importante sus aciertos reales en la prueba.

En estos momentos, los recursos de apoyo a la integración de personas adultas con discapacidad intelectual, trabajan con programas que, aunque individualizados, no contemplan perfiles de trabajo específicos para cada etiología, siendo que ya existen numerosos estudios que reflejan unas condiciones cognitivas especiales, cuyo conocimiento, difusión e implementación en sus programas, podrían beneficiar claramente el trabajo de los profesionales y los resultados en los usuarios de los centros.

El estudio del perfil cognitivo proporciona la posibilidad de observar el estado del sujeto y determinar qué áreas están más preservadas y cuáles presentan mayor afectación. Esto último es especialmente importante para la planificación de la intervención cognitiva (García, Portellano, y Martín, 2011) que conlleva la pertinente valoración de dicho funcionamiento cognitivo, las debilidades y fortalezas de cada perfil (Luckasson et al., 2004).

La elección de las pruebas que más se adaptan a esta población, a la hora de clasificar la discapacidad intelectual, ha de tener en cuenta, además de pruebas de cociente intelectual, otros instrumentos que permitan la valoración de funciones cognitivas, como las funciones ejecutivas o la memoria de trabajo, por suponer el conjunto de capacidades necesarias para llevar a cabo una conducta eficaz, creativa y socialmente aceptada (Lezak, 1982) y su relación con la inteligencia y la adquisición de conocimientos y habilidades nuevas (Gathercole y Pickering, 2001). Todo ello supone una línea de actuación fundamentada por diversos autores, cada vez más de acuerdo en definir la inteligencia como la capacidad para resolver situaciones novedosas de forma adaptativa (Tirapu-Ustároz, 2005) y destaca una línea de trabajo que asume que, los problemas con estas funciones ejecutivas y con la memoria de trabajo, resultarían factores cruciales en el diagnóstico y el tratamiento, así como en el diseño de programas de apoyo y atención individualizados.

Referencias

- Baddeley, A. (1992). Working memory. *Science: New Series*, 5044(25), 556-559.
- Baddeley, A.D. (1986). *Working memory*. New York: Oxford University Press.
- Corsi, P. (1972). *Human memory and the medial temporal region of the brain*. Unpublished doctoral dissertation, McGill University.
- Edgin, J., Pennington, B., y Mervis, C. (2010). Neuropsychological components of intellectual disability: the contributions of immediate, working, and associative memory. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54(5), 406-417.
- Engle, R., y Unsworth, N. (2005). Working memory capacity and fluid abilities: examining the correlation between Operation Span and Raven. *Intelligence*, 33, 67-81.

Esteba-Castillo, S., Novell, R., Vila, M., y Ribas, N. (2013). *The Cambridge Examination for Mental Disorders of Older People with Down's Syndrome and Others with Intellectual Disabilities*. Adaptación española. Madrid: TEA Ediciones, S.A.U.

Fletcher, P., y Henson, R. (2001). Frontal lobes and human memory: insights from functional neuroimaging. *Brain*, 124, 849-881.

García, J., Portellano, J.A., y Martín, M.E. (2011). Evolución de la función cognitiva en síndrome de Down: comparación entre la edad infantil y la edad adulta. *Siglo Cero: Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 42, 79-91.

Gathercole, S., Alloway, T., Willis, C., y Adams, A. (2006). Working memory in children with reading disabilities. *Journal of Experimental Child Psychology*, 93, 265-281.

Gathercole, S., y Pickering, S. (2001). Working memory deficits in children with special educational needs. *British Journal of Special Education*, 28(2), 89-97.

Hippolyte, L., Iglesias, K., Van-der-Linden, M., y Barisnikov, K. (2010). Social reasoning skills in adults with Down syndrome: the role of language, executive functions and socio-emotional behavior. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54(8), 714-726.

Hodapp, R.M., y Dyckens, E. (2005). Genética y fenotipo conductual en la discapacidad intelectual: su aplicación a la cognición y a la conducta problemática (2ª Parte). *Revista Síndrome de Down*, 22, 27-36.

Kaufman, A., y Kaufman, N. (1990). *Kaufman Brief Intelligence Test manual*. Circle Pines, MN: American Guidance Service.

Lanfranchi, S., Jerman, O., Dal, E., Alberti, A., y Vianello, R. (2010). Executive function in adolescents with Down syndrome. *Journal of Intellectual Disability Research*, 54(4), 308-319.

Lezak, M. (1982). The problem of assessing executive functions. *International Journal of Psychology*, 17(2-3), 281-297.

López, M. (2011). Memoria de trabajo y aprendizaje: Aportes de la neuropsicología. *Cuadernos de neuropsicología*, 5(1), 25-47.

Luckasson, R., Borthwick-Duffy, S., Buntix, W., Coulter, D.L., Craig, E.M., Reeve, A., Schalock, R.L., Snell, M., Spitalnik, D., Spreat, S., y Tassé, M. (2004). *Retraso mental. Definición, clasificación y sistemas de apoyo*. Madrid: Alianza Editorial.

Rauch, A., Hoyer, J., Guth, S., Zweier, C., Kraus, C., Becker, C., Zenker, M., Hüffmeier, Thiel, C., Rüschenhoff, F., Nürnberg, P., Reis, A., y Trautmann. (2006). Diagnostic Yield of Various Genetic Approaches in Patients With Unexplained Developmental Delay or Mental Retardation. *American Journal of Medical Genetics*, 140(A), 2063-2074.

Salvador-Carulla, L., y Bertelli, M. (2008). Mental retardation or intellectual disability: time for a conceptual change. *Psychopathology*, 41, 10-16.

Tirapu-Ustárroz, J. (2005). Propuesta de un protocolo para la evaluación de las funciones ejecutivas. *Revista de neurología*, 41(3), 177-186.

Wechsler, D. (1998). *Wechsler Memory Scale (WMS-III)*. London: The Psychological Corporation.

Profesionales sanitarios

CAPÍTULO 17

Grado de conocimiento sobre las interacciones alimentarias por parte de los enfermos anticoagulados

Noelia Gutiérrez García*, Miguel Barranco Justicia**, Raúl García Jódar***, y Esmeralda Saborido Domínguez**

Hospital Virgen del Rocío; **Hospital Son Espases; *Atención Primaria*

Introducción

Los pacientes anticoagulados, son pacientes crónicos, ya que sufren una enfermedad crónica, como puede ser: fibrilación auricular, presencia de prótesis cardíacas, etc. La federación española de asociaciones de anticoagulados, define al paciente anticoagulado, como: El paciente que toma anticoagulantes orales es considerado un paciente crónico porque su tratamiento anticoagulante de manera diaria altera la función de coagulación, incrementando con ello la gravedad el riesgo de padecer las hemorragias.

Una alta prevalencia de los pacientes anticoagulados suelen ser polimedicados y estos se relacionan, con pacientes con patologías crónicas. Estos pacientes a su vez, se relacionan con una alta prevalencia en frecuentación en atención primaria.

La educación, información y el apoyo que se le da a los pacientes anticoagulados al inicio de los tratamientos es crucial para el mantenimiento de su régimen terapéutico. Es fundamental enseñar a los pacientes anticoagulados acerca de los riesgos y beneficios de los medicamentos prescritos y estar seguro de que entienden los funcionamientos de estos. Esta tarea, es recogida en gran medida por los profesionales de atención primaria, aunque deberían estar implicados en igual medida todos los profesionales sanitarios. Es importante que los pacientes estén informados sobre toda la medicación que toman para poder generar habilidades para resolver los problemas que le surjan acerca de esta. Una parte muy importante para el tratamiento es la actitud con la que lo afronta los propios pacientes. Hay que tener en cuenta que la implicación activa y positiva en el tratamiento, hace que los pacientes tengan en cuenta la importancia de tomarse la medicación de manera periódica, los efectos que tienen hacer bien el tratamiento, conocer los efectos de no realizar el tratamiento bien, conocer los efectos secundarios de los medicamentos. Todas estas ventajas, mejoran la adherencia terapéutica. Al tener una buena adherencia terapéutica, ayuda a que el paciente puede formar parte de la toma de decisiones sobre su tratamiento, conociendo todos los aspectos de este, responsabilizándose de su propia salud.

Otro de los aspectos claves de los pacientes anticoagulados y sus creencias acerca los medicamentos, son los profesionales sanitarios que le introducen en la medicación y continua su camino. Existe una alta relación entre la positividad de afrontar la anticoagulación, con el personal sanitario que lo asiste. Los pacientes en general, dan mucha importancia al trato recibido por parte del personal sanitario y este trato influirá en la forma de valorar positiva o negativamente el tratamiento y todo lo derivado de las consultas.

La falta de adherencia a los tratamientos se está convirtiendo en gran problema para la sanidad, sobre todo en los pacientes polimedicados y a los pacientes con enfermedades crónicas. En la actualidad, existen numerosos estudios que hablan sobre la falta de cumplimiento de tratamiento, según dichos estudios la falta de adherencia puede llegar al 40% de los pacientes. Los motivos alegados son dificultades para entender el tratamiento, la cantidad de medicamentos, los horarios pocos flexibles, los olvidos, opiniones erróneas que pueden llegar a dudar del tratamiento y la falta de información. Todos estos motivos pueden desembocar al abandono del tratamiento.

El término de adherencia terapéutica, se puede conocer con diferentes nombres. La propuesta más aceptada es la de Haynes, que la define como: el nivel en que la conducta y actitud de un paciente, en relación con la toma adecuada de la medicación, el control de una dieta equilibrada o la modificación de hábitos de estilo de vida, son coincidentes con las instrucciones proporcionadas por el médico o personal sanitario que ha instruido al paciente.

Según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española se define como: Acción y efecto de cumplir, ejecutar o llevar a efecto.

En la práctica médica este concepto, suele delimitarse casi exclusivamente al campo del uso de los medicamentos por parte de los pacientes, de una forma concreta, pero debe ser considerado como un concepto que incluye muchos campos, que incluye aspectos higiénico-sanitarios, como seguir una dieta equilibrada, no fumar, realizar ejercicios físicos regularmente, evitar el estrés, no tomar o al menos no abusar del alcohol, usar cinturón de seguridad, realizar visitas médicas periódicas o cumplir con las de seguimiento, programadas como parte del propio tratamiento.

Para Karoly (1979), considera que se trata de una definición técnica con importantes deficiencias:

- a) Tiende a ser unidimensional. Se puede considerar que las personas son cumplidoras o no cumplidoras, a pesar de los diferentes matices que se pueden tener en relación con el cumplimiento.
- b) Está centrada en los profesionales de la salud y en un modelo de salud, principalmente autoritario, con tendencia a lograr una estabilidad en la conducta de cumplimiento.
- c) Es reduccionista, porque sólo tiene en cuenta el aspecto relacional y no considera aspectos subjetivos.

En la literatura, se recoge la definición del término “adherence” dada por DiMatteo y DiNicola como un movimiento activo y voluntario del receptor del tratamiento en un curso de comportamiento aceptado de acuerdo de manera mutua con el fin de obtener un resultado terapéutico deseado, la que al ser juzgada por los sanitarios representa un avance importante en el entendimiento del origen de la psicológica del problema tratado.

Muchos de los pacientes polimedcados, pueden llegar a tener creencias equivocadas acerca de la medicación, ya que no disponen de la información suficiente. Muchos profesionales consideran que el desconocimiento de los pacientes acerca de la medicación, puede ser lo normal, pero la realidad es que la no información a los pacientes se puede convertir en hándicap, tanto para los profesionales como para los pacientes. En la actualidad, los pacientes cada vez tienen más acceso a información libre de filtros, como internet, manuales, etc. Muchos de ellos no hacen el uso adecuado de tanta información y consiguen que una ventaja se vuelva desventaja. El personal sanitario, debe aportar la información necesaria y ayudar a que la búsqueda de información de los pacientes se vuelva efectivas y saber reconducirlas. Se debe dar la importancia suficiente al hecho de informar al paciente y tener en cuenta que un paciente informado es capaz de ser parte activa de su enfermedad y su tratamiento, reconociendo síntomas precoces y poniendo soluciones a ello.

Para los pacientes anticoagulados es fundamental la educación sanitaria recibida, ya que hasta la alimentación puede tener interacciones sobre la medicación y efectos sobre la salud. La Sociedad de Endocrinología y Nutrición, aportan los siguientes consejos:

- Los alimentos que contengan vitamina K de su dieta diaria puede interactuar con el tratamiento y provocar cambios en la eficacia de este, favoreciendo tanto un exceso como un defecto del efecto de este mismo.
- Evite realizar modificaciones bruscas en su dieta habitual como dietas con pocas verduras o aumentar de manera drástica la ingesta diaria de alimentos con alto porcentaje en vitamina K, como son las verduras.
- Los alimentos procedentes de animales, normalmente no suelen tener gran porcentaje de vitamina K y pueden ser tomados sin preocupación, pero siempre de manera moderada.

- Usar preferentemente aceite de oliva virgen tanto para cocinar como para condimentar. Es el aceite más saludable del mundo y no es solo recomendable para esta patología.
- Tomar como mínimo tres piezas de fruta al día. Se puede tomar casi de cualquier tipo salvo algunas, como el kiwi. Además es recomendable unos 30 g de frutos secos una o dos veces por semana (nueces y almendras crudas).
- Tomar el tratamiento anticoagulante todos los días a la misma hora, preferentemente media hora antes de la ingesta de alimentos.

Objetivos

Con este estudio se pretende analizar el conocimiento de los pacientes anticoagulados sobre las interacciones alimentarias, a través de un cuestionario de 4 preguntas, diseñadas para el estudio.

El objetivo general de este estudio es conocer el grado de conocimiento de los pacientes anticoagulados sobre las interacciones de la alimentación con el tratamiento del sintrom.

Como objetivos secundarios se pueden plantear:

- Conocer las distintas opiniones.
- Relacionar el bienestar de los pacientes con la información recibida.
- Conocer el grado de incertidumbre de los anticoagulados, respecto a su medicación.
- Conocer las carencias de los pacientes anticoagulados, en el plano informativo.
- Disminuir la variabilidad de la práctica clínica.

Método

Se ha realizado una revisión bibliográfica con los descriptores de ciencia de la salud (DeCS): Enfermería en Salud Comunitaria, Promoción de la Salud, Pacientes Ambulatorios, tratamiento, y los Medical Subject Headins (MeSH): Community Health Nursing, Health Promotion, Outpatients, treatment.

Se han utilizado varias fórmulas de búsquedas introducidas en los buscadores incluyendo los operadores booleanos. Fórmulas de búsquedas: Enfermería en Salud Comunitaria AND Pacientes Ambulatorios, Community Health Nursing AND Health Promotion; enfermería en salud comunitaria AND tratamiento, community health nursing AND treatment.

Realizándose dicha búsqueda en bases de datos: Pubmed, Cuiden plus, Scopus, Cinalh, EBN online y se completó con búsqueda referencial y búsqueda intuitiva en Google Académico. También se han utilizado libros y manuales.

Se han revisado artículos, libros y manuales, publicados entre los años 1999- 2016. En total, la búsqueda arrojó 19 referencias, de las cuales se ha contado con 9, para la revisión bibliográfica. Se descartaron aquellas referencias que no se centraban en el objetivo de la revisión. En total, se descartaron 10 referencias. Utilizando las 10 referencias restantes. De estas 10 referencias hemos utilizados 3 como base para realizar el estudio, siendo las otras 6 restantes, referencias de apoyo a las anteriores.

Después de la revisión bibliográfica, hemos realizado un estudio transversal, de tipo descriptivo, a través de una encuesta realizada a 48 pacientes anticoagulados, pertenecientes a Puerto Real (Cádiz).

La forma de captación de los pacientes, ha sido a los pacientes que entraban en las consultas de enfermería, seleccionadas para el estudio. Además debían de cumplir los criterios de inclusión al estudio. Algunos de los criterios han sido: pacientes que entraban en las consultas de enfermería seleccionadas en el periodo de captación, paciente mayores de 18 años de edad, llevar más de nueve meses en tratamiento en el centro de salud a estudio, llevar más de nueve meses de manera interrumpida en situación de anticoagulado.

- *Población diana*: pacientes anticoagulados atendidos por enfermería en Atención Primaria.

- *Población de estudio:* Pacientes mayores de 18 años, anticoagulados, que llevaban, al menos, nueve meses recibiendo tratamiento de forma ininterrumpida en los centros de Salud de Puerto Real y que aceptaron participar en el estudio.

La encuesta consta de 4 puntos. Las dos primeras se refieren al sexo y a la edad. Las dos restantes, son dos preguntas con varias opciones, siendo solo una de ellas la correcta y el resto incorrectas, pero las cuales pueden llegar a confundir. Las preguntas son las siguientes: si Comer de vez en cuando una gran cantidad de verduras verdes mientras toma sintrom y cuál de las siguientes vitaminas interactúa con el sintrom.

La encuesta fue realizada al final de las consultas de enfermería, una vez confirmado que cumplían los criterios de inclusión. Se le explicaron a los pacientes el estudio a realizar y su participación voluntaria. Todos los que querían participar, firmaron un consentimiento informado, para poder utilizar sus respuestas en dicho estudio.

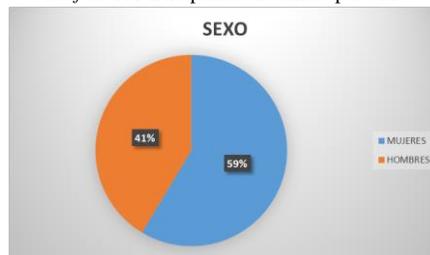
Resultados

Una vez realizada la encuesta a 48 pacientes anticoagulados, pertenecientes al centro de salud Ribera del Muelle, Puerto Real. La encuesta consta de 4 puntos. Las dos primeras se refieren al sexo y a la edad. Las dos restantes, son dos preguntas con varias opciones, siendo solo una de ellas la correcta y el resto incorrectos, pero las cuales pueden llegar a confundir. Las preguntas son las siguientes: si Comer de vez en cuando una gran cantidad de verduras verdes mientras toma sintrom y cuál de las siguientes vitaminas interactúa con el sintrom. Tras la realización, hemos obtenidos los siguientes resultados:

-*Sexo:* Se ha dividido el grupo de los participantes por sexo, obteniendo los siguientes datos: Mujeres: 34 (58,62%); Hombres: 24 (41,38%) (Tabla 1).

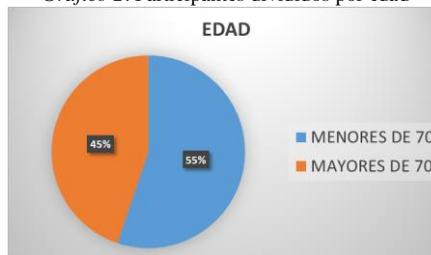
Este dato es bastante relativo, ya que solo indica el número de mujeres y de hombres que participan en el estudio, no siendo relevante para conclusiones finales.

Gráfico 1. Participantes divididos por sexo



-*Edad:* Otro dato recogido en la encuesta es la edad de los participantes (Tabla 2), obteniendo los siguientes resultados: Menores de 70: 32 (55,17%); Mayores de 70: 26 (44,83%).

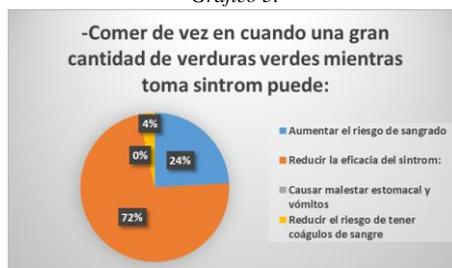
Gráfico 2. Participantes divididos por edad



-Comer de vez en cuando una gran cantidad de verduras verdes mientras toma sintrom puede (Tabla 3):

- a. Aumentar el riesgo de sangrado: 24,13%
- b. Reducir la eficacia del sintrom: 72,41%
- c. Causar malestar estomacal y vómitos: 0%
- d. Reducir el riesgo de tener coágulos de sangre: 3,46%

Gráfico 3.



-¿Cuál de las siguientes vitaminas interactúa con el sintrom? (Tabla 4):

- a. Vitamina B12: 41,38%
- b. Vitamina A: 6,92%
- c. Vitamina B6: 13,84%
- d. Vitamina K: 37,9%

Gráfica 4



Discusión/Conclusiones

En el estudio se recogido datos sobre 4 puntos. Los dos primeros, la edad y el sexo, pueden parar por irrelevantes al no aportar una información clara sobre el conocimiento de los pacientes, pero lo cierto es que no indica una información para poder relacionar la edad y el sexo con el grado de conocimientos y saber para próximos estudios la población más deficiente.

En cuanto a la tercera pregunta, que pasa si se come una gran cantidad de verduras verdes, el 72,41% de los pacientes respondieron de manera adecuada, seleccionando que reduce la eficacia del sintrom. El otro gran porcentaje de los encuestados pertenece a que aumenta el riesgo de sangrado, siendo falsa, ya que estas verduras contienen gran cantidad de vitamina k y pasaría lo contrario. Muchos pacientes, cuando se le hacia esta pregunta referían, que le habian dicho que no tomaran verduras verdes pero no sabian concretamente porque. Una vez mas se ve la necesidad de aportarle la información adecuada a los pacientes, para que puedan dar el mejor uso de ella.

La cuarta y última pregunta, refiere cual de las vitaminas interaccion con el sintrom. Sorprende ver que el 41,38% de los encuestados contestaron Vitamina B12, frente al 37,9 que contestaron de manera

adecuada a vitamina K. Muchos pacientes refieren que la Vitamina B12 era la que mas le sonaba, pero que no sabian muy bien para que servia y que beneficios tenía. Una prueba más de la necesidad de dar la información necesaria a los pacientes.

Este estudio ha confirmado la importancia de una buena información hacia los pacientes, ya que son ellos los que conviven con los tratamientos y sus interacciones con los alimentos, con lo que deberían conocer su manejo. Es importante consensuar entre todos los profesionales la información que se le facilita al paciente y no dejar al arbitrio del mismo la decisión, en este caso, de obviar las interacciones alimentarias con el sintrom. Sería interesante conocer esta situación en otros centros del mismo distrito de salud, para saber si puede estar influenciando al control del sintrom. Este estudio no pretende confirmar o desmentir la educación sobre la alimentación de los pacientes anticoagulados, solo comprobar que sería interesante seguir investigando sobre estas líneas, para poder mejorar la educación sanitaria y por consiguiente la salud de los pacientes anticoagulados.

Referencias

Clarksmitth, D.E, Pattison, H.M, Lane, D.A. Educational and behavioural interventions for anticoagulant therapy in patients with atrial fibrillation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Jun 4;. Review. PubMed PMID: 23736948.

Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios. Criterios y recomendaciones generales para el uso de nuevos anticoagulante orales (NACO) en la prevención del ictus y la embolia sistémica en pacientes con fibrilación auricular no valvular. Informe de posicionamiento terapéutico UT/V4/23122013. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 2013

Gestal-Pereira E, et al. Análisis de la tendencia temporal en el mal control de los pacientes anticoagulados en una cohorte de pacientes de atención primaria. *Semergen.* 2015.

Barrios, V., Escobar, C., Prieto, L., Osorio, G., Polo, J., Lobos, J.M. et al. Control de la anticoagulación en pacientes con fibrilación auricular no valvular asistidos en atención primaria en España. Estudio PAULA. *Rev Esp Cardiol.* 2015; 68(9):769–776

Martínez, G. (2012). *Tratamiento con acenocumarol: estudio de la relación entre el grado de conocimientos acerca del fármaco, el cumplimiento del tratamiento y la estabilidad de los controles INR en intervalo terapéutico.* Universidad de la Coruña. Facultad de Enfermería y Podología. Trabajo de fin de Grado 2012 - 2013.

Alonso-Roca, R., Figueroa, C.A., Mainar de Paz, V., Arribas, M.P., Sánchez, L., Rodríguez, R et al. [Quality control of oral anticoagulant therapy in Primary Care in Madrid City, Spain: CHRONOS-TAO study]. *Med Clin (Barc).* 2015 Sep 7; 145(5):192-7.

De Felipe, R. (2003). Nivel de conocimientos de los pacientes anticoagulados en un centro de salud; relación con el control terapéutico. *Atención primaria,* 32(2), 101-105.

García, D.A., Schwartz, M.J. Warfarin therapy: Tips and tools for better control. *The Journal of Family Practice.* 201, 60(2): 70-75.

Lane, D.A., Ponsford, J., Shelley, A, Sirpal, A., Lip, G.Y. Patient knowledge and perceptions of atrial fibrillation and anticoagulant therapy: effects of an educational intervention programme. The West Birmingham Atrial Fibrillation Project. *Int J Cardiol.* 2006 Jun 28; 110(3):354-8. Epub 2005 Oct 25. PubMed.

CAPÍTULO 18

Experiencias del personal de enfermería en las unidades de quemados pediátricos: revisión de la literatura

Alberto José Gómez González*, Laura Gutiérrez Rodríguez*,
y Rubén Hernández Ballesteros**
*Enfermero/a; **Hospital de Málaga

Introducción

“Una quemadura es una lesión en los tejidos del cuerpo causada por el calor, sustancias químicas, electricidad, el sol o radiación. Las escaldaduras por líquidos calientes y vapor, los incendios en edificios y los líquidos y gases inflamables son las causas más comunes de las quemaduras. Otro tipo de quemadura es la causada por inhalación de humo o partículas tóxicas” (MedlinePlus enciclopedia médica, s.f).

Existen tres niveles de quemaduras:

Las quemaduras de primer grado: Afectan exclusivamente a la capa externa de la piel. Signos y síntomas: dolor, enrojecimiento e hinchazón.

Las quemaduras de segundo grado: Afectan tanto a la capa externa como a la capa subyacente de la piel. Signos y síntomas: dolor, enrojecimiento, hinchazón y ampollas.

Las quemaduras de tercer grado: Afectan a las capas profundas de la piel. Signos y síntomas: insensibilidad, piel blanquecina, oscura o quemada (García y Torres, 2013).

Las quemaduras son un problema de salud pública a nivel mundial, provocando 265.000 muertes al año, aproximadamente. Además, las quemaduras no fatales, son una de las causas principales de morbilidad, incluyendo desfiguración, hospitalización prolongada y discapacidad, lo que suele ocasionar estigmatización y rechazo. En 2004, aproximadamente 11 millones de personas sufrieron quemaduras lo suficientemente graves como para requerir atención médica (OMS, 2016).

Algunos datos de la OMS (2016) sobre quemaduras en diferentes países:

“En India, más de 1 millón de personas sufren quemaduras moderadas o graves cada año.

En Bangladesh, casi 173.000 niños sufren quemaduras moderadas o graves cada año.

En Bangladesh, Colombia, Egipto y Pakistán, el 17% de los niños con quemaduras sufre una discapacidad temporal y el 18%, una discapacidad permanente.

Las quemaduras son la segunda causa de lesión más común en las zonas rurales de Nepal y provocan el 5% de las discapacidades.

En 2008 se produjeron en Estados Unidos de América más de 410.000 lesiones por quemaduras, de las cuales 40.000 requirieron hospitalización”.

El papel de los profesionales de enfermería en la atención a los pacientes quemados es fundamental, por ser el colectivo que más tiempo pasa con el paciente para proporcionarle cuidados. Dentro del proceso de actuación dinámico y habitual de una enfermera, que incluye: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación; ésta, en primer lugar, realiza una valoración por necesidades o patrones, siguiendo el modelo correspondiente. Dentro de la “North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)” (NANDA, 2015) aparecen los diferentes diagnósticos y/o problemas de colaboración que la enfermería puede etiquetar en pacientes quemados:

(00046) Deterioro de la integridad cutánea: Alteración de la epidermis y/o de la dermis.

Manifestado por (M/P): quemaduras de 1º y 2º grado superficial.

Relacionado con (R/C): llama, escaldaduras, sólido caliente, sustancias químicas, corriente eléctrica, deflagración, frío o radiación/radioactividad.

Quemaduras de 2º grado profundo.

Quemaduras de 3º grado.

Quemaduras químicas.

Quemaduras eléctricas.

Una vez establecido el diagnóstico enfermero, se marcan unos objetivos o “Nursing Outcomes Classification (NOC)” (Moorhead y Johnson, 2009), los cuales, centrándonos en nuestro tipo de paciente, son:

(1103) Curación de la herida por segunda intención:

(110301) Granulación.

(110303) Resolución de la secreción purulenta.

(110304) Resolución de la secreción serosa.

(110307) Resolución del eritema cutáneo.

(110310) Resolución de las ampollas cutáneas.

(1101) Integridad tisular: piel y membranas mucosas:

(110101) Temperatura.

(110103) Elasticidad.

(110104) Hidratación.

Para alcanzar estos objetivos, se realizarán intervenciones o “Nursing Interventions Classification (NIC)” (Bulechek, 2009). Los más frecuentes son:

(3661) Cuidados de las heridas: quemaduras.

(3584) Cuidados de la piel.

(1120) Terapia nutricional.

(1730) Restablecimiento de la salud bucal.

(1650) Cuidado de los ojos.

(1400) Manejo del dolor.

Cuando surja algún cambio en la situación del paciente, se ha de realizar una evaluación para ver si existe mejoría.

Llegados a este punto, cabe destacar un grupo de personas especialmente vulnerable a las quemaduras: los niños. Las quemaduras son la undécima causa de muerte de los niños de edades comprendidas entre 1 y 9 años, y además, son la quinta causa de lesiones no fatales más común durante la infancia (OMS, 2016). Añadir también, que las quemaduras son causa de muerte de, aproximadamente, 96.000 niños al año (OMS, 2008).

Otros datos epidemiológicos relacionados con las quemaduras pediátricas las podemos observar en las siguientes tablas (Cruz y Calfa, 2001; Díaz, Rodríguez, y González, 2009):

Tabla 1. Tipos de quemaduras en niños quemados

Tipos de quemaduras	%
Líquidos calientes	53,8
Fuego directo	30,8
Carbón	7,7
Electricidad	7,7
Total	100

Tabla 2. Gravedad de las quemaduras en niños quemados

Nivel de gravedad	%
Menos grave	15,4
Grave	34,6
Muy grave	34,6
Crítico	15,4
Total	100

Aunque existen estrategias de tipo educativa para reducir la morbilidad de quemaduras en los niños, el suceso sigue ocurriendo a nivel mundial y en diferentes escenarios, como se ha comentado anteriormente (Schneiderman y Zori, 2002).

Tras todo lo expuesto con anterioridad, los autores del presente trabajo decidieron buscar en la literatura científica, de la forma más rigurosa posible (metodología), las experiencias del personal de enfermería que trabaja en las unidades de niños quemados, con el fin de prevenir problemas del personal tales como ansiedad, depresión, burnout, etc.

Objetivo

En el presente estudio se estudió un objetivo general, que es el epicentro del estudio en cuestión:

El objetivo general es describir las experiencias del personal de enfermería de las unidades de quemados pediátricos frente a la situación de un quemado pediátrico.

Metodología

El estudio es una revisión de la literatura. Se llevó a cabo una búsqueda de información de ciencias de la salud en bases de datos bibliográficas de máximo rigor científico, como Pubmed, Scielo, Cuiden y Lilacs; y se cribó con una serie de criterios de inclusión y exclusión, los cuales vamos a exponer más adelante. A partir del siguiente párrafo vamos a explicar detenidamente cuales fueron los procesos de: la revisión bibliográfica primaria, los criterios de inclusión y exclusión, las bases de datos seleccionadas y el proceso de extracción de los datos.

Revisión bibliográfica primaria

De cara al establecimiento de valores de referencia, se realizaron búsquedas bibliográficas para la obtención de datos estadísticos y recomendaciones en páginas web oficiales, como por ejemplo, en la Organización Mundial de la Salud (OMS). Además, se han realizado búsquedas en diferentes portales de evidencia como PubMed, Cochrane, Nice, Scielo, etc.; tratando de escoger aquellos artículos más novedosos, aunque, en ocasiones, la única evidencia disponible sobre el aspecto buscado era más antigua.

Criterios de inclusión

- Publicación de los artículos no superior a 5 años de antigüedad.
- Estudios llevados a cabo en español, inglés y portugués.
- Artículos que incluyeran a personas menores de edad.
- Estudios con orientación enfermera.

Criterios de exclusión

- Publicaciones que no tuviesen relación directa con el objetivo general planteado.
- Estudios que en el momento de la búsqueda no se mostrasen como “texto completo”.
- Artículos de opinión o cartas al director, por su bajo rigor científico.

Bases de datos

Como se mencionó anteriormente, se realizaron búsquedas en diferentes bases de datos, al igual que en portales de revisiones sistemáticas, como Cochrane Plus; pero la información era repetitiva en todas ellas. La base de datos PubMed fue la que más información aportó y por eso es la que vamos a describir a continuación:

En esta búsqueda se introdujeron independientemente estas palabras clave: “burn* patient” (50.386 resultados) y “ethnography” (143.614 resultados). Después de esto, gracias a la opción de búsqueda avanzada llamada “Advanced”, se unieron estas palabras claves con el operador booleano “AND”, para así obtener 270 resultados. Por último, de acuerdo a nuestros criterios de inclusión y de exclusión, se cribó la búsqueda con los siguientes filtros que la base de datos te ofrece: “Free full text”, “5 years”, “Child: birth-18 years”; cosechando un producto de 6 publicaciones, de las cuales se escogieron aquellas que contestaban directamente al objetivo general propuesto. No fue necesario incluir términos Mesh (Medical Subject Headings) gracias a que se consiguió un buen cribado con los filtros mencionados anteriormente.

Proceso de extracción de datos

Finalmente, se seleccionaron 2 artículos para la parte principal del estudio (resultados, discusión y conclusiones) tras ser aprobados por los autores de esta revisión de la literatura por tener un nivel de rigurosidad científica apropiado.

Resultados

Como se ha mencionado anteriormente, fueron 2 los artículos seleccionados que cumplían los criterios de inclusión y exclusión.

El primer artículo seleccionado (Soares y Mendes, 2014) pretendía presentar las experiencias de las enfermeras que trabajaban con niños quemados hospitalizados. Se trataba de un estudio cualitativo, cuya metodología empleada fue la entrevista semi-estructurada, realizada a 16 componentes del equipo de enfermería que trabajaba en un centro de tratamiento de quemaduras de niños. Para el análisis, se utilizó la interpretación del “Método de los Sentidos”. Las narrativas mostraron que el proceso de cuidado de los niños quemados es estresante para los participantes del estudio, ya que éstos están constantemente involucrados e inmersos en la historia de cada infante, quienes sufren el dolor evidente de las quemaduras y en general, de la situación clínica. Además, los autores arrojan que este estrés del personal de enfermería se ve incrementado con la idea de que, en muchas ocasiones, el niño va a tener problemas de socialización por la estigmatización de una cara desfigurada. Por otro lado, parece que la empatía de estos trabajadores se ve aumentada en comparación con otros profesionales de enfermería de otro tipo de unidad.

El segundo artículo seleccionado (Suurmond, Dokter, Van-Loey, y Essink-Bot, 2012) buscaba observar las experiencias de los profesionales de la salud a la hora de abordar los cuidados de las quemaduras de los niños de minorías étnicas. El estudio se trataba, al igual que la primera publicación elegida, de un estudio cualitativo, cuya metodología se compuso de 17 entrevistas semi-estructuradas a los profesionales sanitarios encargados del cuidado de las quemaduras de niños de minorías étnicas de dos centros hospitalarios diferentes de los Países Bajos. Las entrevistas fueron transcritas y analizadas utilizando un método de marco. El personal sanitario identificó los siguientes problemas en el cuidado de quemaduras de los niños de minorías étnicas:

- Barreras lingüísticas en la comunicación con los padres de los infantes quemados sobre las prendas de vestir adecuadas, los cambios de apósitos, los procedimientos de injerto de piel y el apoyo social.
- Características biológicas y genéticas de la pigmentación diferenciada de la piel del niño y la curación de ésta.
- Diferencias culturales entre los padres y el colectivo enfermero.

- Inseguridad o irritación sobre las barreras lingüísticas y culturales.

Discusión/Conclusiones

Según los resultados obtenidos, se puede discutir que los autores de los dos estudios empleados (Soares y Mendes, 2014; Suurmond, Dokter, Van-Loey, y Essink-Bot, 2012) en esta revisión de la literatura coinciden prácticamente en sus conclusiones.

Los profesionales de enfermería que trabajan en las unidades de hospitalización de niños quemados se ven afectados psicológicamente durante el cuidado de este tipo de paciente. Además, el estrés se le acumula por la historia trágica de cada infante, tanto por el presente (el dolor que producen las quemaduras en sí, la hospitalización, etc.) como por el futuro (posible desfiguración de la cara, pelo u otras partes del cuerpo del niño). No obstante, estos hechos, consiguen que estos profesionales desarrollen la empatía, función imprescindible para la enfermería a la hora de realizar los cuidados correspondientes (Soares y Mendes, 2014).

Para reducir el estrés generado por este colectivo, los autores de esta revisión animan a que se realicen estudios de mayor rigurosidad científica (como estudios experimentales) de programas educativos para la preparación de los profesionales de enfermería en el cuidado de los niños quemados hospitalizados, para que de este modo, estos trabajadores no tengan el riesgo de cargarse emocionalmente, sin perder la empatía, bandera de la enfermería.

También añadir, que para mejorar los cuidados de los niños quemados de minorías étnicas, el personal sanitario de hospitalización de quemados pediátricos debe tener conocimiento de las características biológicas y genéticas de la piel oscura, así como comprender y tener conocimiento de las diferencias de cultura y habilidades de comunicación transcultural, para de este modo, ofrecer una atención culturalmente competente y adaptada a las necesidades de los niños quemados de minorías étnicas y sus padres. Fomentando lo mencionado en este párrafo, los cuidados de este tipo de pacientes se realizarían teniendo en cuenta tanto al infante en sí, como a sus padres (Suurmond, Dokter, Van-Loey, y Essink-Bot, 2012).

Limitaciones del estudio

A lo largo de la realización de la presente revisión, los autores se han ido encontrando con varias limitaciones, las cuales exponemos:

En primer lugar, una de las dificultades con la que los autores se toparon fue con la escasez de artículos que contestaban directamente al objetivo general planteado y encajaba dentro los criterios de inclusión y exclusión expuestos en el apartado de metodología.

La segunda barrera con la que se encontraron, estaba relacionada con la mencionada en el párrafo anterior: la dificultad de acceder a ciertos artículos a “texto completo”, ya que muchos de ellos eran de pago o su acceso era restringido.

Por este motivo, se pudo perder cierta información de relevancia en la confección de este trabajo y los autores del presente estudio han querido reflejar las limitaciones para que quede claro que no existe ningún conflicto de interés.

Referencias

- Bulechek, G.M. (2009). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. Elsevier Health Sciences.
- Cruz, S., y Calfá, A. (2001). Estudio epidemiológico de quemaduras en niños menores de 6 años admitidos en la Corporación de Ayuda al Niño Quemado de la ciudad de Antofagasta. *Rev. cienc. salud*, 5(1), 17-26.
- Díaz, A.J., Rodríguez, J.J., y González-Rodríguez, M. (2009). Epidemiología de las lesiones por quemaduras. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 13(4), 40-48.
- García, D.V., y Torres, F.M. (2013). Características clínicas y epidemiológicas de las quemaduras en pacientes ingresados en la Unidad de Quemados. Hospital Luis Vernaza, Guayaquil. 2009-2010. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*, 31(3), 56-61.

- Soares, I., y Mendes, G. (2014). Experience of nursing staff facing the hospitalization of burned children. *Investigación Y Educación En Enfermería*, 32(1), 49-59. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0120-53072014000100006>.
- MedlinePlus enciclopedia médica (s.f). Quemaduras. Recuperado 4 de julio de 2017. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000030.htm>.
- Moorhead, S., y Johnson, M. (2009). *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*. Elsevier Health Sciences.
- NANDA. (2015). *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2015-2017*. Elsevier España.
- OMS. (2008). *Cada día mueren más de 2000 niños por lesiones no intencionales*. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2008/pr46/es/>.
- OMS. (2016). *Quemaduras*. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs365/es/>.
- Schnaiderman, D., y Zori, E. (2002). Quemaduras en la infancia. Epidemiología y prevención en Bariloche. *Arch. argent. pediatr*, 100(4), 289-293.
- Suurmond, J., Dokter, J., Van-Loey, N., y Essink-Bot, M.L. (2012). Issues to address in burn care for ethnic minority children: a qualitative study of the experiences of health care staff. *Burns. Journal of the International Society for Burn Injuries*, 38(5), 730-737. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.burns.2011.12.007>.

CAPÍTULO 19

Actuación sanitaria frente al maltrato infantil

María del Carmen Ruiz-Henestrosa Niño*, Silvia Barberi García**, y
Susana Ayllón Beltrán***

Hospital de Cádiz; **Servicio Andaluz de Salud; *Diplomatura Universitaria en Enfermería*

Introducción

La OMS (Organización Mundial de la Salud) define el maltrato infantil como “los abusos y desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todo tipo de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia y explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder”. Dentro de esta gran definición de maltrato infantil está incluida la exposición del niño a la violencia de género (OMS, 2010).

Desgraciadamente el maltrato infantil es un problema que existe mundialmente. Esta situación, atenta contra la salud psicológica y física del niño además de violar sus derechos recogidos en la Declaración Universal de Derechos los humanos (ONU, 1948). La Convención sobre los Derechos del Niño (ONU, 1989) afirma que es necesario crecer en un ambiente familiar lleno de amor y comprensión para que el niño pueda tener un desarrollo completo y en armonía.

Existen diferentes tipos de maltratos que afecta al menor entre los cuales destacamos (Salmerón y Pérez, 2011):

- Maltrato físico: acción realizada de forma voluntaria provocando o pudiendo provocar alguna lesión física en el menor.

Negligencia: es toda omisión de acción indispensable para el buen desarrollo y bienestar tanto físico como psíquico del niño. Cuando este abandono es realizado por los padres o tutores legales del menor, se denomina negligencia intrafamiliar.

- Abuso sexual: es la utilización de un menor por parte de un adulto u otro menor para conseguir estimulación sexual. Dentro encontramos tocamientos, exhibicionismo, voyeurismo, penetración y la inducción del menor a la prostitución con terceros.

- Maltrato psicológico o emocional: tener una actitud o realizar una acción que provoque o tenga la posibilidad de provocar en el menor algún daño psicológico.

- Maltrato prenatal: Realizar voluntariamente conductas negligentes, por el entorno familiar o la propia madre, influyendo de forma negativa en el desarrollo del embarazo y el feto.

- Síndrome de Münchhausen: es realizada normalmente por la madre, agravando, provocando o inventándose sintomatología orgánica o psicológica en su hijo y así someterlo a pruebas y tratamientos innecesarios.

El Sistema de Información de Maltrato Infantil de Andalucía (Orjuela, Perdices, Plaza, y Tovar, 2008), añade a todo ello los siguientes tipos: explotación, corrupción y maltrato institucional.

Es característico que en un mismo niño se den varios tipos de maltratos a la vez (Scher, Forde, McQuaid, y Stein, 2004) y de forma reiterada (Cerezo, Más, y Simó, 1998). En investigaciones se aprecia que un cuarto de los niños con abandono físico, habían sido maltratados físicamente. En el abuso sexual destaca la conjugación con el abuso emocional (López, 1994).

Estudios realizados internacionalmente desvelan que 1 de cada 4 adultos afirman haber sido maltratado en su infancia. La negligencia es la tipología más frecuente de maltrato, un total del 86,4%, continuado de abuso emocional y tras ello maltrato físico. El abuso sexual representa un 3,6% de todos los casos de maltrato. Esta baja prevalencia contrasta con estudios realizados en encuestas a personas

adultas de los que el 18,9% manifestaba haber sufrido abusos sexuales siendo menores, 15% de los varones y 22% de las mujeres (López, 1994).

Se estima que mundialmente y cada año, fallecen por homicidio 41.000 menores de 15 años. Esta cifra está subestimada verdaderamente ya que existen numerosos casos de muertes por maltrato infantil que son atribuibles de manera errónea a otras causas como caídas o ahogamientos. Los malos tratos infantiles son realizados en su mayoría por los propios padres, familiares y conocidos de los menores; produciéndose mayoritariamente en el medio doméstico (OMS, 2016).

En España la incidencia de maltrato infantil no es posible conocerla con exactitud ya que entre el 80-90% de los casos pasan desapercibidos. Estudio español realizado en el año 2005 demuestra que 0,84 de 1000 niños menores de 18 años fueron maltratados. El tipo más frecuente usado por el maltratador es la negligencia, 86,4%, seguido por maltrato emocional, 35,5%, maltrato físico, 19,9% y por último abuso sexual, siendo correspondiente el 3,6% de los casos. Este último dato es diferente con los estudios realizados en personas adultas, de los cuales afirmar haber sufrido abusos sexuales el 18,9% (López, 1994).

Existen estudios realizados en diferentes países sobre el número de malos tratos infantiles detectados, informados y confirmados por las principales agencias de Australia, EE.UU, Canadá, Reino Unido y España. Este proyecto demuestra que en los tres países citados en primer lugar, se sospecha que los casos reales de maltrato neonatal son cinco veces mayores de los casos confirmados. Por otro lado, la incidencia presente en estos tres países es bastante mayor que la existente en Reino Unido y España. Este dato puede ser debido en su mayoría a un déficit en los sistemas de detección de maltrato infantil y en menor cantidad a las diferencias de la población maltratada (Creighton, 2009).

El maltrato infantil provoca en el niño numerosas consecuencias afectando a su buen desarrollo psicológico como físico, por todo ello es primordial la detección precoz de casos, su atención y prevención para así poder reducir su incidencia. El personal sanitario juega un papel primordial ya deben asegurar la atención integral del afectado, perteneciente a situación de riesgo social, en coordinación multisectorial (Díaz y Casado, 2002). Para todo esto, es imprescindible la formación de los profesionales sanitarios relacionadas con la protección infantil (Gómez, 2008).

El personal sanitario, al estar en contacto directo con el menor, posee en sus manos ser la primera persona en captar algún indicio de malos tratos y reconocer a sus agresores. Se calcula que un promedio del 2% al 10% de los niños que van a urgencias sufren malos tratos (Hussey, Chang, y Kotch, 2006). La detección de estos casos es un gran reto para los sanitarios. Existen estudios donde se informa sobre el déficit de detecciones de casos de malos tratos infantiles en el área sanitaria (Gilbert, Widom, y Browne, 2009). Detección estos casos precozmente es primordial ya que existen datos que el 20-30% de los niños y adolescentes que fallecen por malos tratos han sido examinados anteriormente por personal sanitario debido a lesiones de maltrato (Jenny, Hymel, y Ritzen, 1999).

Objetivo

El objetivo de realizar esta investigación es conocer las herramientas que se encuentran a disposición del personal sanitario para actuar y notificar las situaciones de maltrato infantil. Así, podremos contribuir para detectar y tratar estos casos lo antes posible.

Metodología

Se realizará una revisión bibliográfica relacionada con el maltrato en menores de 18 años. Se aceptarán artículos de revista, protocolos, libros o capítulos de libros y/o tesis doctorales que estudien las actuaciones sanitarias ante la sospecha de maltrato en la infancia.

Para ello utilizaremos bibliografía recogida en las siguientes bases de datos: PubMed, Scielo, Google Académico y ScienceDirect.

Se han seleccionado estudios nacionales e internacionales, en lengua castellana y/o inglesa, ya que son los idiomas más extendidos, en los que están desarrollados la mayoría de los artículos y los cuales los revisores conocemos.

Se utilizaron los siguientes descriptores:

- En inglés: “child abuse”, “Hospital abuse”, “action protocol”.
- En castellano: maltrato infantil, actuación sanitaria, protocolo.

Además de las bases de datos mencionadas anteriormente, hemos buscado información en otras como Cochrane Library, Cinahl o Embase, leyendo artículos y estudios muy interesantes para tener mayor información sobre el tema, pero no lo hemos añadido por no adaptarse a nuestra estructura del proyecto.

Para esta revisión bibliográfica utilizaremos estudios encuadrados desde el año 1994 hasta 2016.

Resultados

El artículo 154 de la Ley 54 de 2007 del 28 de diciembre de Adopción Internacional, nos dice que “la patria potestad se ejercerá siempre en beneficio de los hijos, de acuerdo con su personalidad, y con respeto a su integridad física y psicológica”. Este dato comprende una serie de deberes:

- Velar por los menores, acompañarlos, alimentarlos, educarlos y procurarles una formación integral.
- Representarlos y administrar sus bienes. Siempre que el menor tenga suficiente juicio tiene que ser oída su opinión ante toma de decisiones que le vayan a afectar.

Todas aquellas circunstancias que favorecen el desarrollo del maltrato infantil (acción u omisión) son situaciones de riesgo (en las que el menor tiene alguna necesidad no cubierta pero sin precisar de separación alguna de su entorno familiar) y situaciones de desamparo (en la cual sí sería necesaria la separación del medio familiar) (SIMIA, 2010).

El Decreto 42/2002 del día 12 de febrero, régimen de desamparo, tutela y guarda administrativa, establece que las Corporaciones Andaluzas, en ejercicio de sus competencias llevaran a cabo una exhaustiva detección de indicios de desprotección al menor, comunicándolo a la Administración de la Junta de Andalucía.

La OMS muestra una estrategia de prevención de violencia y especialmente de maltrato infantil basada en salud pública. Esta estrategia consta de cuatro puntos principales (OMS, 2010):

- Magnitud del problema para tratar a través de una buena vigilancia.
- Analizar todos los factores de riesgo y grupos de riesgo.
- Evaluar las intervenciones e identificar las evidencias científicas.
- Realizar todas las medidas que funcionan.

Los pasos a seguir, por parte del personal sanitario, ante sospecha o situación de maltrato infantil, son los citados a continuación:

Detección de los casos

Ésta es la primera fase. En ella, los profesionales sanitarios, tienen la obligación de detectar situaciones de maltrato infantil. La identificación de casos consta de aquellos casos confirmados, riesgo debe producirse y aquellas situaciones de riesgo. Se basa en la detección de indicadores de sospecha. Ante un caso de maltrato infantil tenemos que valorar los demás menores que forman parte de la familia por el gran riesgo de padecerlo ellos también (Gil, y Torró, 2014).

Los encargados de realizar dicha detección de casos son en general los profesionales que se encuentran en contacto con el menor de edad como: servicios sociales, personal sanitario, educadores, o monitores de tiempo libre. El contacto directo con el menor ofrece al profesional una gran oportunidad para conocer las circunstancias personales y familiares (SIMIA, 2010).

Los indicadores de sospecha de maltrato son aquellos signos y síntomas existentes que presentan los menores. Son buenos indicadores y signos de alarma para sospechar que existe la posibilidad que el menor este sufriendo maltrato. Distinguimos diferentes categorías (Gil y Torró, 2014):

- Verbalización por parte del menor u otra persona de lesiones o daño psicológico. Se puede detectar mediante exploración física del menor y una entrevista respectivamente.

- Indicadores en la conducta del menor.

- Indicadores en el comportamiento de los padres, familiares o responsables legales.

Cuando esta fase es positiva identificando indicadores de maltrato infantil se realizará (SIMIA, 2010):

- Entrevista personal con escucha activa y preguntas abiertas para poder identificar qué problema existe y poder obtener el origen de los indicadores detectados. Debemos escribir los datos literalmente como el afectado los comenta. En numerosas ocasiones es necesario realizar nuevas entrevistas tanto al paciente como a las personas de alrededor del afectado. En este apartado es de vital importancia evitar por parte del personal juicios de valor para que la información sea lo más objetiva posible.

- Manifestar hacia el menor nuestro interés y ayuda para reconducir su situación actual. En ningún caso debemos culpabilizar a nadie. Es fundamental informar sobre los pasos que se llevaran a cabo y que no se hará nada que el menor no quiera realizar.

- Valorar en equipo (profesionales y especialistas) la situación, entorno y antecedentes de interés y realizar una estrategia de equipo.

Primera Fase

Debemos tratar el maltrato infantil como un problema integral e incidiendo en todas las necesidades del niño, tanto actuales como futuras que puedan ir surgiendo en el tiempo. En el proceso es necesario facilitar las medidas necesarias de protección garantizando los derechos del menor. Es necesario seguir esta serie de puntos (Gil y Torró, 2014):

- Tenemos que conseguir un trato de ayuda y confianza para que el menor sepa que vamos a protegerle y así pueda demostrarnos sus sentimientos y emociones.

- Ante cualquier duda y en todo momento, nuestro centro principal será el menor.

- Será necesaria la utilización de instalaciones adecuadas a las características del menor respetando su confidencialidad e intimidad.

- La exploración física, se realizará lo antes posible tras el maltrato para evitar que desaparezcan pruebas como lesiones o muestras biológicas (sangre, semen, etc.). En todo momento garantizaremos la cadena de custodia de las muestras obtenidas.

- Coordinación de actuaciones preventivas, terapéuticas e intervención social.

La actuación inicial del profesional depende del riesgo vital de la situación y la gravedad de las lesiones analizadas además de la protección del menor.

Riesgo vital se define como el riesgo de muerte (antes, después o ahora) o si continuase el maltrato; cuando existe alteración grave en la salud física o psíquica del menor incluso llegando a existir riesgo de suicidio. La gravedad del maltrato puede ser a corto, medio o largo plazo y se caracteriza por (Aisa y De-la-Fuente, 2000):

- Intensidad y frecuencia de indicadores.

- Gravedad de lesiones que presenta el menor.

- Vulnerabilidad: frecuencia de los episodios, tipo de relación del maltratador con el menor, condiciones del ambiente familiar, características de los tutores legales y reiteración de maltrato.

Los determinantes de la urgencia son la gravedad del incidente (tipología de maltrato, lesión, impacto de salud y vulnerabilidad) y la posibilidad del que suceso pueda volver a repetirse (cronicidad, sistema familiar o acceso del maltratador).

Cuando los menores tienen riesgo de desprotección, carencias de necesidades básicas para su desarrollo, el personal pondrá en marcha el programa de intervención individual dirigido por los servicios sociales. Ante los siguientes puntos se procederá al ingreso hospitalario del menor (Salmerón y Pérez, 2011).

- Necesidad de protección del niño.
- Cuando el menor posee gran alteración psicológica.
- Para establecer el diagnóstico de maltrato.
- Exploraciones complementarias.
- Observar los comportamientos de los padres o tutores.

Según exista riesgo de desprotección o riesgo vital del menor se llevará a cabo actuación ordinaria o de urgencias (Gil y Torró, 2014):

1. Actuación ordinaria: no existe riesgo vital ni desprotección para el menor, pero sí sospecha del maltrato.

Cuando son detectados estos casos en el medio hospitalario o atención primaria, nos pondremos en contacto con el pediatra de guardia del hospital para agilizar el proceso, tomar pruebas y realizar la exploración lo antes posible. Lo comunicaremos a la Unidad de Trabajo Social (UTS) de Salud, tras ello se hará una valoración del entorno familiar y un seguimiento profesional de salud. A continuación, nos plantearíamos realizar la Hoja de detección y notificación de maltrato infantil (desarrollado más adelante).

En este proceso la Unidad de Trabajo Social del centro sanitario:

- Recabará antecedentes sociales y familiares.
- Entrevistará al menor y a sus familiares.
- Valorará con otros profesionales sanitarios las características familiares, factores de riesgos y medidas de protección más adecuadas.
- Acordar a con el menor y su familia el “Plan de salud familiar”.
- Proponer a la familia recursos y programas para promover un cambio familiar, asegurando la intervención integral.
- Coordinará la intervención sanitaria con Servicios Sociales, Servicio de Protección de menores y Unidades de Tratamiento Familiar).

En Atención Primaria se puede incrementar los programas de salud en situaciones sospechas de maltratos, desarrollando seguimientos específicos o planes de observación de enfermería para todos los menores de la familia. En atención especializada, sería necesario un seguimiento de casos con indicadores y lesiones en el menor con un control de la evolución de los casos.

2. Actuación de urgencia: existe riesgo vital, negación de asistencia médica del tutor, es necesaria una valoración urgente del menor o no está garantizada la protección del niño.

En todos los casos es necesaria realizar una valoración urgente: riesgo vital, agresión sexual (menos de 72 horas), abuso sexual, ante riesgo de pérdidas de pruebas, evaluación por otros expertos o requerimiento de tratamiento.

Al igual que en la actuación ordinaria, si sucede en atención primaria se derivará al centro hospitalario llamando al pediatra de guardia. Si ocurre en el hospital tras hablar con el pediatra se activará el protocolo: exploración coordinada en condiciones óptimas, notificación por teléfono del parte al juzgado de guardia, toma de muestras y exploración del menor. Tras ello, se rellenará la hoja de detección y notificación del maltrato infantil.

Asistencia (Salmerón y Pérez, 2011)

1. Tratamiento de lesiones físicas derivadas del maltrato

Este apartado requiere el tratamiento médico de las lesiones además de enfermedades derivadas del maltrato. Tenemos que valorar si es necesaria la profilaxis de enfermedades infecciosas. En situaciones

de abusos sexuales será necesario estudiar la anticoncepción de urgencias. Hay que cubrir las necesidades básicas del menor de estimulación, afectivas o nutricionales.

2. Tratamiento de lesiones psicológicas

Es necesaria una asistencia psicológica especializada inmediata. Es primordial en los casos de abuso sexual. Será útil el apoyo psicoterapéutico de las Unidades de Salud Mental Infanto-Juvenil para minimizar el daño causado.

Orientaremos al afectado y familia sobre los recursos y educación de los que se dispone.

3. Tratamiento del entorno

Se entrenarán las habilidades de estimulación y cuidados de los progenitores para cubrir las carencias detectadas en el proceso. Se valorará la situación familiar y derivación a especialistas como salud mental, metadona, etc. Se acordará un “plan de salud familiar”.

Es necesario alejar al menor del foco de violencia incluyendo el ingreso hospitalario si lo requiriera. Si existiera violencia de género se activaría dicho protocolo.

Notificación

Este proceso de obligación legal y ética profesional, es transmitir toda la información obtenida sobre el caso de maltrato infantil. Es necesaria realizarla ante la mínima sospecha de maltrato aunque no exista certeza de ello. Hay que informar sobre los indicadores de delito y desprotección, por mediación de: Notificación del Maltrato Infantil, Hoja de Detección, y parte al Juzgado de Guardia de Comunicación de Asistencia Sanitaria (documentos exclusivos para profesionales). La notificación se realizará (Aisa y De-la-Fuente, 2000):

1. Notificación a Servicios Sociales

Se notificará a través de la Hoja de detección y notificación del maltrato infantil, las situaciones de maltrato cometidas por los tutores legales. Puede ir acompañada de otros informes que se consideren oportunos. La hoja de detección y notificación promueve recogida sistemática de información y coordinación entre instituciones. La notificación se dirigirá a:

- Una copia en la Historia Clínica del menor.
- Depende de la gravedad, otra copia se enviará a servicios sociales comunitarios (casos leves o moderados) o delegación territorial de igualdad, salud y políticas sociales (grave).
- Una tercera copia a los Servicios Sociales Comunitarios o Delegación Territorial de Igualdad, Salud y Políticas Sociales).

Los profesionales que tengan certificado digital disponen en la Web SIMIA la Hoja de Detección y Notificación y su envío automático a Servicios de Protección de Menores para casos graves.

A la Web SIMIA se puede acceder mediante este enlace: <https://ws058.juntadeandalucia.es/simia/>

2. Notificación al Juzgado (Gil y Torró, 2014)

Este comunicado se realiza mediante el juzgado de guardia. Lo rellena de facultativo describiendo las lesiones, acción causante, pronósticos y datos otros que crea oportunos. Este parte puede adjuntar fotografías de las lesiones (previo consentimiento del menor si tiene más de 16 años o su representante si es menor de dicha edad). La fotografía original será enviada al juzgado, una copia al representante y otra será guardada en la historia del menor.

Se realizará una llamada telefónica al juzgado de guardia en situaciones de emergencia, negación por parte de los tutores de tratamiento hacia el niño, necesidad de forense o necesidad de tomar muestras biológicas como ADN y en casos de riesgo vital.

3. Notificación al Ministerio Fiscal

Nos podemos poner en contacto mediante teléfono, fax o asistiendo personalmente al Juzgado de Guardia. Aporta al caso:

- Investigar denuncias directamente ante Fiscalía.

- En casos graves, informar para la adopción posterior de la medida legal de desamparo y proponer al Juez medidas de protección cautelares.
- Intervenir en los procesos penales por maltrato infantil.
- Asegurar el derecho a la intimidad y evitar procedimientos superfluos.
- Supervisar la situación de los menores semestralmente.

Cuando el maltrato no ocurre en la familia, el personal sanitario asesorará a los padres sobre programas, servicios sociales, denuncias u oficina de ayuda a las víctimas informando del Servicio de Asistencia a Víctimas (SAVA).

Valoración y Seguimiento Integral (Gil y Torró, 2014)

Tras la realización de la primera actuación y notificación de maltrato infantil, se realizará un seguimiento integral previa valoración. Ésta consta de las posibles causas de los indicadores hallados, características del caso, factores de vulnerabilidad y características del tutor. Con estos datos, se fabrica un informe técnico que será entregado a las instituciones competentes y una copia se adjuntará en la historia del menor.

Como modelo de buena práctica de coordinación surgen las comisiones locales, consta de atención primaria, equipos de orientación y salud mental, atención temprana en educación infantil y primaria y los de departamentos de orientación en IES, policía local y servicios sociales municipales.

Los Servicios Sociales y Delegaciones Territoriales realizan la evaluación social y sociofamiliar y la correcta atención del menor. Las Autoridades Judiciales y Fiscalía de Menores comenzarán la actuación correspondiente, siendo apoyada por los informes médicos.

En casos con riesgo de desprotección, las Comisiones Provinciales de Medidas de Protección, evaluarán la situación del afectado, y recuperabilidad de las familias, estableciendo las medidas protectoras del menor correspondientes.

Discusión/Conclusiones

Podemos considerar el maltrato infantil como un problema actual. Debido a la situación tan compleja de la que se trata, son detectados muchos menos casos de los existen en la realidad. Es primordial que los trabajadores y sobre todo el personal sanitario, debido a su relación directa con el menor, sea capaz de identificar posibles situaciones de desprotección y de maltrato infantil. Esta detección debe producirse lo antes posibles para poder minimizar los efectos negativos que se producen en el menor, tanto a nivel físico como a nivel psíquico, pudiendo llegar incluso al suicidio.

El personal sanitario debe conocer las situaciones de riesgos e indicadores que existen para comenzar la primera fase del proceso, detección del caso. Tras ello es importante entrevistar al menor para valorar su situación familiar y demostrarle que le vamos ayudar. Nuestro centro es en todo momento el menor y debemos velar por su seguridad, realizando un trabajo en equipo. La exploración física se hará lo antes posible para evitar la desaparición de pruebas tanto lesiones como muestras biológicas, garantizando la cadena de custodia.

Tras conocer la gravedad de la situación del menor se llevara a cabo una actuación ordinaria o de urgencias (existe riesgo vital). En ambos casos se llamara al pediatra de guardia del hospital de referencia para agilizar el proceso. Tras ello, se comunicará a la Unidad de Trabajo Social (UTS) de Salud, realizando un seguimiento profesional de salud y una valoración del entorno del menor. A continuación, el equipo propondrá la realización de la Hoja de detección y notificación del maltrato infantil. Tras la notificación, se realizara una valoración y seguimiento integral del caso para garantizar en todo momento la seguridad del menor.

Referencias

- Aisa, E., De-la-Fuente, A., y Gárate, J. (2000). *Maltrato y desprotección en la infancia y adolescencia*.
- Cerezo, M.A., Más, E., y Simó, S. (1998). *Análisis y evaluación de los indicadores de riesgo en situaciones de maltrato infantil*. Memoria final de proyecto. Valencia: Dirección General de Servicios Sociales, Generalitat Valenciana.
- Creighton, S. (2004). *Prevalence and incidence of child abuse: international comparisons*. NSPCC Inform. Disponible en www.nspcc.org.uk/Inform/research/Briefings/prevalenceandincidenceofchildabuse_wda48217.html.
- Díaz, J.A., Casado, J., García, E., Ruiz, M.A., y Esteban, J. (2002) *Atención de enfermería al maltrato infantil*. Madrid: Instituto Madrileño del Menor y la Familia.
- Fernández, M.C., Herrero, S., Buitrago, F., Ciurana, R., Chocrón, L., y García, J. (2012). Malos tratos a la infancia. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (semFYC). Disponible en: http://www.semfyec.es/pfw_files/cma/Informacion/modulo/documentos/infancia.pdf.
- Gil, J., y Torró, C. (2014). *Protocolo de intervención sanitaria en casos de maltrato infantil* [Recurso electrónico] Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales.
- Gilbert, R., Widom, C.S., Browne, K., Fergusson, D., Webb, E., y Janson, S. (2009) Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *Lancet*, 373, 68–81.
- Gómez, I. (2008). Los profesionales de la salud ante el maltrato infantil. Papel de la enfermería. Protocolo de actuación. CiberRevista SEEUE. Número extraordinario: “Urgencias Pediátricas”. Disponible en: <http://www.enfermeriadeurgencias.com/ciber/diciembre/pagina3.html>.
- Hussey, J.M., Chang, J.J., y Kotch, J.B. (2006) Child maltreatment in the United States: prevalence, risk factors, and adolescent health consequences. *Pediatrics*, 118, 933-942.
- Jenny, C., Hymel, K.P., Ritzel, A., y Reinert, S.E. (1999). HayTC. Analysis of missed cases of abusive head trauma. *JAMA*, 281, 621–626.
- López, F. (1994). *Abusos sexuales a menores. Lo que recuerdan de mayores*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- Organización de las Naciones Unidas. (1948). *Resolución de la Asamblea General 217 A (iii): Declaración Universal de los Derechos Humanos*. Nueva York.
- Organización de las Naciones Unidas. (1989). *Resolución 44/25: Convención sobre los Derechos del Niño*. Nueva York.
- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Maltrato Infantil. Nota descriptiva nº 150*.
- Organización Mundial de la Salud. (2016). *Maltrato infantil. Nota descriptiva septiembre*.
- Orjuela, L., Perdices, A.J., Plaza, M., y Tovar, M. (2008). *Manual de atención para los niños y niñas de mujeres de víctimas de violencia de género en el ámbito familiar*. Madrid: Save the children, 2008.
- Salmerón, J.A., Pérez, F., y Castellanos, B. (2011). *Atención al Infantil Maltrato desde el Ámbito Sanitario (manual para el profesional)*.
- Scher, C.D., Forde, D.R., McQuaid, J.R., y Stein, M.B. (2004) Prevalence and demographic correlates of childhood maltreatment in an adult community sample. *Child Abuse Negl*, 28, 167-80.
- Sistema de Información sobre Maltrato Infantil de Andalucía (SIMIA). (2010). Procedimiento de Actuación.
- Soriano, F.J. (2011). *Promoción del buen trato y prevención del maltrato en la infancia en el ámbito de la atención primaria de salud*. En Recomendaciones Prev Infad/PAPPS. Disponible en: <http://www.aepap.org/previnfad/Maltrato.htm>.

CAPÍTULO 20

Cuidados enfermeros en pacientes terminales y sus familias, a tener en cuenta en el ámbito de la sanidad

José Antonio Agudo Caballero*, Juan José Abarca Anguita**, y María José Rueda Godino***
*Residencia Sagrada Familia, Vva Del Duque; **Residencia Iunion Sociosanitario Parla;
***Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa

Introducción

Las enfermedades cancerosas son la segunda causa de muerte en España, aunque siguen aumentando el número de casos por año. Paliar el dolor y prestar cuidados para aliviar los síntomas oncológicos forma parte de las tres prioridades que tiene la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el mundo (Garrido y López, 2006).

La OMS define los Cuidados Paliativos como aquello que “consisten en la atención activa e integral de las personas que padecen una enfermedad que no responde a tratamiento curativo, los objetivos básicos son el control del dolor y otros síntomas, el apoyo psicosocial y emocional al enfermo y a su familia, tratando de lograr un mayor bienestar y mejorar su calidad de vida” (Asociación Española Contra el Cáncer, 2015)

Un paciente lo podemos llamar enfermo en situación terminal cuando cumpla los siguientes criterios (Míguez y Muñoz, 2009):

- Padecer una enfermedad en un estado final y que no tenga cura.
- Sin curación ante algún tratamiento.
- Hay presente un cuadro de signos y síntomas.
- Al estar presenta el fin que es la muerte hay un gran impacto emocional a nivel de la persona enferma, su familia y el equipo que los trata.
- La vida llegará a su fin en un tiempo máximo de 6 meses.

Los pacientes que se encuentran en estado terminal a lo que más le temen es al dolor, éste se puede definir como “una experiencia sensitiva y emocional desagradable, asociada a una lesión tisular real o potencial”. Definición dada por la OMS (Puebla-Díaz, 2005).

El dolor aparece con una frecuencia de 60-90% en los pacientes que presentan una enfermedad terminal, normalmente en las neoplasias.

Es importante prestar el mejor tratamiento farmacológico y no farmacológico, o combinar ambos. El personal de enfermería somos los profesionales que pasamos el mayor tiempo con los pacientes, por lo que debemos aprovecharlo, prestando una buena atención humana y proporcionarles el tratamiento que más se acerque a sus circunstancias, obteniendo el mejor resultado, que es la mejora de la calidad de vida (Garrido y Jordán, 2006).

Según la Organización Mundial de la Salud “el tratamiento del dolor oncológico se basa en el uso de analgésicos y co-analgésicos según la escala analgésica de la OMS. Con esta escala se puede obtener un buen control del dolor en cerca del 80% de los casos.”

La OMS tiene diferentes reglas a seguir para la correcta utilización de la escala analgésica del dolor, éstas son:

1. Medir el dolor es algo muy importante para poder manejarlo y a la misma vez controlarlo. Para ello hay diferentes escalas, las más destacadas son: la escala visual analógica (EVA) y la escala verbal numérica.

2. Se subirá al siguiente escalón cuando el inferior sea ineficaz a la hora de paliar el dolor.

3. Cuando un escalón no es eficaz, la analgesia no mejorará, exceptuando en el tercer escalón.

Ilustración 1. Escala analgésica de la OMS según Puebla F., 2005



4. Cuando un escalón no es eficaz, no se puede perder el tiempo para subir al siguiente escalón.

5. Los co-analgésicos se recetan dependiendo la causa del dolor, no se pueden abandonar aunque se suba de escalón.

6. En cuanto a las contraindicaciones, decir que los opioides débiles no se pueden tomar al mismo tiempo que un paciente toma opioides potentes.

7. Cuando una persona padece dolor irruptivo, deber tener tratamiento analgésico (Puebla-Díaz, 2005; Sancho et al., 2006; Silva, Aldámiz-Echevarría, Lamelo, y Vidán, 2005; Alonso, 2003; Isla et al., 2007).

La Asociación Española Contra el Cáncer (AECC) dice “el tratamiento del dolor ha de ser individualizado. Se ha de seleccionar el fármaco más adecuado al tipo de dolor y se ha de administrar a las dosis correctas y durante el tiempo adecuado, de tal forma que se logra un mayor alivio con menos efectos secundarios” (Asociación Española Contra el Cáncer, 2015).

Objetivos

Los objetivos del presente trabajo son, hacer una revisión bibliográfica sobre el tratamiento paliativo en el dolor oncológico, para ello vamos a:

- Exponer las distintas formas y métodos utilizados para combatir el dolor oncológico.
- Describir cómo actúa la enfermera/o en el cuidado de los pacientes terminales y de sus familias.

Metodología

Métodos de Búsqueda

Se realizaron búsquedas bibliográficas en Cuiden Plus, Scielo, Scopus y buscador Google Scholar. Los descriptores empleados han sido: “dolor en el cáncer”, “cuidados paliativos”, “atención de enfermería”, “relaciones Profesional-Familia”, “relaciones Enfermero-Paciente”, “terapia combinada”.

Límites de la Búsqueda

La búsqueda está comprendida de 1998 a de 2012.

Criterios de Selección

Métodos de inclusión

El objetivo de la búsqueda ha sido encontrar documentos sobre el tratamiento paliativo para combatir el dolor oncológico y que estén presentes las siguientes características:

- Que el núcleo principal de los artículos estén centrados en los enfermos terminales.

- Que hablen sobre los cuidados enfermeros en los pacientes terminales y su familia.
- Artículos completos, en idioma español e inglés y con acceso libre.

Métodos de exclusión

- Artículos y documentos duplicados.
- Documentos de acceso limitado y que no se apliquen sobre los humanos.

Tras la búsqueda bibliográfica y con la ayuda de los criterios de selección se han revisado 52 artículos, de éstos se han utilizado 37 para la elaboración del trabajo.

Resultados

Para que los cuidados paliativos sean efectivos para tratar el dolor en pacientes oncológicos, es primordial tener una completa historia clínica del paciente, llevando a cabo las correspondientes exploraciones físicas y así poder detectar posibles signos evidentes. Estos pacientes tienen que estar continuamente evaluados (Sancho et al., 2006; Silva, Aldámiz-Echevarría, Lamelo, y Vidán, 2005; Alonso, 2003).

Formas y métodos utilizados para combatir el dolor oncológico.

- Tratamiento farmacológico.

El tratamiento farmacológico contra el dolor, actualmente está basado en la escalera analgésica de la OMS. Se considera como la mejor forma de controlar el dolor. Se utiliza comenzando con un analgésico no opioide, si el dolor no remite, pasar a un opioide menor y de ahí a uno mayor (Sancho et al., 2006; Silva, Aldámiz-Echevarría, Lamelo, y Vidán, 2005; Alonso, 2003; Isla et al., 2007; Hanks et al., 2002; Benítez-Rosario, Pérez, Fernández, y Cabrejas, 2002).

Los analgésicos no opioides ocupan el primer escalón de la escalera analgésica de la OMS. Es un grupo bastante amplio de medicamentos, cuya actividad es analgésica, antiinflamatoria y antipirética (Silva, Aldámiz-Echevarría, Lamelo, y Vidán, 2005), la actividad analgésica de éstos es de una intensidad mucho menor que la de los opiáceos (Silva, Aldámiz-Echevarría, Lamelo, y Vidán, 2005; Klein, Lang, Bukki, Still, y Ostgathe, 2011; Hernández-Pérez y Castells, 2012). Estos fármacos serán más efectivos si se administran antes de que el dolor se convierta en severo (Hernández-Pérez y Castells, 2012).

Los opiáceos menores son eficaces en el control del dolor moderado (Fernández y Rey, 2012).

Los opiáceos mayores son los analgésicos más eficaces en el control del dolor. El uso de este tipo de opiáceos debe iniciarse cuando los analgésicos del segundo escalón no son eficaces para paliar el dolor. Los opiáceos mayores no tienen techo analgésico (Benítez-Rosario, Pérez, Fernández, y Cabrejas, 2002; Klein, Lang, Bukki, Still, y Ostgathe, 2011).

El tratamiento farmacológico del dolor oncológico no sólo se dirige a controlar la intensidad del mismo, sino que debe actuar sobre la causa específica del dolor. Por este motivo se utilizan los fármacos llamados coanalgésicos y adyuvantes. Estos medicamentos bien solos o combinados con otros analgésicos, son eficaces en el alivio del dolor maligno (Pernia y Torres, 2008).

- Tratamiento no farmacológico.

El tratamiento invasivo es un tipo de tratamiento no farmacológico, se sitúa en el cuarto escalón de la escala analgésica. Éste se utiliza cuando el dolor no ha podido ser combatido con el tratamiento farmacológico (Pernia y Torres, 2008; Bajwa y Warfield, 2006).

En este tipo de tratamiento se incluye:

- Bloqueos nerviosos.
- Catéteres epidurales.
- Cirugía de limpieza (Sancho et al., 2006; Pernia y Torres, 2008).

Por otro lado, la radioterapia paliativa también pertenece al tratamiento no farmacológico. Es uno de los pilares fundamentales en la paliación del cáncer, donde se utiliza para aliviar el dolor metastásico y

otros síntomas a través de una reducción del tamaño del tumor y su crecimiento (Astudillo, Mendinueta, y Rosa, 2008).

En el tratamiento no farmacológico podemos incluir también aquellos procedimientos destinados a reducir las respuestas emocionales. Combinados con el tratamiento farmacológico pueden ser de gran ayuda para los pacientes que sufren dolor. Nos estamos refiriendo a:

- Técnicas de fisioterapia, como por ejemplo el masaje.
- Terapias psicológicas, como la relajación e hipnosis.
- Terapias complementarias y alternativas, como la acupuntura y musicoterapia (Astudillo y Mendinueta, 2008; Rigo, Rigo, y Dalacorte, 2011).

Aspectos primordiales en el trato a los pacientes y familias.

“Cuidar con cuidado y no solo como un juego de palabras, sino como el centro de nuestro quehacer con el paciente en estado terminal” (Buisán y Delgado, 2007).

En España se suele informar a la familia de la realidad del estado del paciente (Buenaño y Rubio, 2006), mientras que al paciente se le dan unas expectativas más esperanzadoras.

El paciente una vez que tiene controlado el dolor, que es el principal síntoma angustiante, necesita a alguien a su lado. Simplemente con la presencia, el calor humano y el contacto será la comunicación más llena de sentido (Buenaño y Rubio, 2006; Burgos y Simarro, 2009).

Un enfermo en fase terminal, es una persona que necesita mucho, ya que presenta muchas necesidades de todo tipo, las más destacadas son las psicológicas, espirituales y biológicas (Astudillo y Mendinueta, 2008).

La familia es muy importante, es un foco principal de atención en la Medicina Paliativa (Gómez y Ojeda, 2003) y el núcleo fundamental de apoyo al enfermo (Colegio Oficial de Enfermería Valencia, 2008). Cuando en la familia hay un enfermo terminal, pueden surgir conflictos familiares. Por ello la familia necesita ayuda y comprender el transcurso de la enfermedad al mismo tiempo que el paciente (Gómez y Ojeda, 2003; Astudillo, Mendinueta, y Astudillos, 2008).

En estos momentos hay que hacer una buena educación sanitaria con la familia. Ellos agradecerán que se les oriente sobre las formas que hay para participar en el cuidado del enfermo y así obtendremos una mayor eficacia terapéutica (Buenaño y Rubio, 2006; Colegio Oficial de Enfermería Valencia, 2008; Moreno, 2005).

Los aspectos en los que nos vamos a centrar para realizar la educación sanitaria son:

- Aseo e higiene.
- Cuidados de la boca.
- La alimentación.
- Administración de medicamentos.
- Cambios posturales.
- Cómo dar apoyo al paciente (Buenaño y Rubio, 2006; Gabilondo, 2006; Astudillo, Mendinueta, Larraz, y Gabilondo, 2008).

En cuanto a la medicación prescrita, hablamos de:

- Informar del objetivo y la indicación que tiene cada medicamento.
- Enseñar cual es la cantidad y cómo debe tomar el fármaco, no olvidar de hablarles siempre de los efectos adversos que puede presentar esa medicación. La información dada debe ser clara y precisa, debiéndose comprobar su comprensión.
- Instruir a la persona con pequeñas claves para prevenir los posibles efectos adversos que puedan aparecer.
- Enseñar que poder hacer cuando aparezcan signos o síntomas que pudieran derivar de una posible intoxicación por altas dosis del fármaco.
- Advertir a los pacientes y familias de las graves consecuencias que pueden aparecer si un paciente se automedica.

- Siempre es importante dejar por escrito los aspectos más destacados (Hernández-Pérez y Castells, 2012).

Esta educación es importante porque muchas de las veces el paciente se encuentra en domicilio, por lo que los cuidados se prestarán allí. Los cuidadores se sienten poco útiles ante su familiar enfermo cuando no hay una buena educación para la salud para que ellos presten unos cuidados de calidad. (Gomes y Margarida, 2010; Benítez, Pascual, y Asensio, 2002; Ramírez, Addington-Hall, y Richards, 1998; Hugher, Bakos, O'Mara, y Kovner, 2005). Sin embargo, hay otras muchas veces que el enfermo está ingresado en un hospital, por lo que la función educativa va dirigida para que la familia pueda participar en los cuidados que se le realizan a su familiar enfermo (Gabilondo, 2006).

Además, la comunicación es un factor muy importante para la familia, necesitan: ser escuchados, hablar y exteriorizar sus problemas. Los familiares a menudo experimentan altos niveles de frustración, por lo que necesitan estar informados constantemente (Buenaño y Rubio, 2006; Gomes y Margarida, 2010; Hugher, Bakos, O'Mara, y Kovner, 2005).

Es muy importante tener una comunicación completa con los familiares, sobre los últimos momentos de la vida del familiar enfermo. Aquí se le explicará a la familia el proceso del morir (Buenaño y Rubio, 2006; Gabilondo, 2006; Gomes y Margarida, 2010; Wilson y Long-Term, 2004). Es más, hay que informarles que el último momento de vida del enfermo, hay que seguir hablándole, darle la mano. Por ello, el personal sanitario creará un habitáculo con total intimidad, dónde la familia tenga la posibilidad de despedirse de su familiar (Wilson y Long-Term., 2004).

Discusión/Conclusiones

La OMS y la Asociación Española Contra el Cáncer coinciden en decir que los cuidados paliativos consisten en una atención completa a las personas que sufren una enfermedad que no remite a un tratamiento determinado, sus objetivos son acabar con el dolor y los demás síntomas que incomodan a las personas que padecen una enfermedad oncológica, apoyo psicológico a la familia y a su familiar enfermo, así se conseguirá una mayor calidad de vida en estas personas.

Una persona en estado terminal según Míguez y Muñoz, dicen que es aquella que padece una enfermedad en un estado avanzado, que continúa su progreso y no tiene cura, presentando una duración de su vida inferior de 6 meses desde el momento en el que se diagnostica dicha enfermedad.

En el artículo de Puebla-Díaz, y en los de Garrido y Jordán coinciden en que uno de los síntomas más temidos por las personas en estado terminal es el dolor.

En los artículos de Puebla-Díaz, Sancho, Grande-Gascón, Quiben, Sancho, Méndez-Ureña, encontramos que el dolor se puede medir con diferentes escalas específicas para ello, como la escala EVA.

Para paliar el dolor se puede usar tratamiento farmacológico y no farmacológico. El tratamiento farmacológico se basa en el uso de los fármacos según nos indica la escala analgésica dada por la OMS. Esta escalera presenta tres escalones. Si empezamos por el primer escalón encontramos los analgésicos simples, en el segundo escalón están presentes los opioides débiles y por último en el tercer escalón están presentes los opioides potentes. Los opioides débiles se usan para paliar el dolor moderado y los opioides potentes los usaremos cuando los opioides débiles no son eficaces en la paliación del dolor.

En el tratamiento no farmacológico, podemos hablar del tratamiento invasivo (presente en el último escalón de la escalera terapéutica) y de la radioterapia paliativa.

La radioterapia paliativa se utiliza para aliviar el dolor metastásico y otros síntomas a través de una reducción del tamaño del tumor y su crecimiento. Siendo su objetivo principal reducir el volumen tumoral e inhibir la liberación de mediadores. La dosis de radiación son menores que las empleadas con fines curativos. Debe combinarse con el tratamiento farmacológico y así el paciente mantendrá una buena calidad de vida.

El paciente una vez controlado el dolor, que es el principal síntoma angustioso, necesita a alguien a su lado. No tiene por qué haber comunicación fluida, simplemente con la presencia y el contacto entre el enfermo y las otras personas es suficiente para confortar al paciente terminal.

La familia es un foco principal de atención en la Medicina paliativa. Necesitan ayuda y comprender el transcurso de la enfermedad de familiar enfermo al mismo tiempo que el afectado.

Lo importante es hacer una buena educación sanitaria con la familia, ya que el paciente se puede encontrar en el domicilio, o bien, para que aprendan los cuidados y así poder colaborar con el personal sanitario cuando éstos se predisponen a realizar los cuidados del enfermo en el hospital.

Otro factor importante es la comunicación con la familia, estos necesitan ser escuchados, hablar y exteriorizar sus problemas. Incluso informar sobre los últimos momentos de la vida de su familiar, dónde además incluiremos como se podrá presentar el proceso del morir.

En definitiva, el papel de la enfermería sería el punto de apoyo de los cuidados continuos y controlados para un bienestar del paciente hasta el final de su vida.

Referencias

- Alonso, A. (2003). Tratamiento con opioides del dolor oncológico. *Medifam*, 13(1), 1-11. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682003000100001
- Asociación Española Contra el Cáncer. (2015). *Madrid: La asociación*. Disponible en: <https://www.aecc.es/SobreElCancer/CuidadosPaliativos/Paginas/Definici%C3%B3ndecuidadopaliativo.aspx>
- Astudillo, W., Medinueta, C., y Astudillos, E. (2008). Fundamentos de los cuidados paliativos. En: *Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia. 5ª edición* (pp. 29-35). Navarra: Eunsa.
- Astudillo, W., Mendinueta, C., Larraz, M., y Gabilondo, S. (2008). La labor de la enfermería con el enfermo terminal. En: *Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia. 5ª edición* (pp. 77-82). Navarra: Eunsa.
- Astudillo, W., Mendinueta, C., y Rosa, J. (2008). Cuidados Paliativos oncológicos: utilidad de la radio-quimio y hormonoterapia. En: *Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia* (pp. 417-428). 5ª edición Navarra: Eunsa.
- Astudillo, W., y Mendinueta, C. (2008). Métodos no farmacológicos para promover el bienestar del paciente terminal. En: *Cuidados del enfermo en fase terminal y atención a su familia. 5ª edición* (pp. 277-287). Navarra: Eunsa.
- Astudillo, W., y Mendinueta, C. (2008). Necesidades de los pacientes en fase terminal. En: *Cuidados de los enfermos en fase terminal y atención a su familia. 5ª edición* (pp. 67-75). Navarra: Eunsa.
- Bajwa, Z., y Warfield, C. (2006). *Non pharmacologic the rapy of cancer pain*. Walthman (MA): Uptodate.
- Benítez, M.A., Pascual, L., y Asensio, A. (2002). La atención en los últimos días. *Atención Primaria*, 30(5), 318-322. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-cuidados-paliativos-la-atencion-los-13037459>
- Benítez-Rosario, M.A., Pérez, M.C., Fernández, R., y Cabrejas, A. (2002). Diagnóstico y tratamiento del dolor oncológico crónico. *Atención Primaria*. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es/revistas/atencion-primaria-27/diagnostico-tratamiento-dolor-oncologico-cronico-i-13029751-series-2002>
- Buenaño, M., y Rubio, P. (2006). Atención psicoemocional al paciente, familia y equipo. En: *Cuidados paliativos. 6ª edición* (pp. 469-501). Jaén: Logoss.
- Buisán, R., y Delgado, J.C. (2007). El cuidado del paciente terminal. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30(3), 103-112. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v30s3/original7.pdf>
- Burgos, M., y Simarro, M. (2009). Enfermería y el paciente en situación terminal. *Enfermería Global*, 16, 1-9. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n16/reflexion3.pdf>
- Colegio Oficial de Enfermería Valencia. (2008). *Los cuidados paliativos. Enfermería Integral*, 83, 27-29. Disponible en: <http://www.enfervalencia.org/ei/83/ENFERMERIA-INTEGRAL-83.pdf>
- Cruz, C.M. (2006). Farmacología. En: *Cuidados paliativos. 6ª edición* (pp. 337-380). Jaén: Logoss.
- Dahlin, C.M., y Giansiracusa, D.F. (2004). Communication in Palliative Care. En B.R. Ferrel y N. Coyle (Eds), *Textbook of Palliative Nursing, 2ª Ed.* (pp. 67-93). New York, Oxford University Press, Inc.
- Fernández, M.P., y Rey, M.A. (2012). Fármacos analgésicos opiáceos. En: *Farmacología en enfermería. 3ª edición* (pp. 97-108). Barcelona: Elsevier.

- Gabilondo, S. (2006). *Educación sanitaria a la familia*. Hospital San Juan de Dios; San Sebastián. Disponible en: <http://www.paliativossinfronteras.com/upload/publica/libros/familia-en-la-terminalidad/04-EDUCACION-SANITARIA-A-FAMILIA-GABILONDO.pdf>
- Garrido, J.M., y Jordán, M. (2006). El dolor. En: *Cuidados paliativos*. 6ª edición (pp. 303-335). Jaén: Logoss.
- Garrido, J.M., y López, M.B. (2006). Conceptualización y principios de los cuidados paliativos. En: *Cuidados paliativos*. 6ª edición (pp. 13-32). Jaén: Logoss.
- Gomes, R., y Margarida, A. (2010). El cuidador y el enfermo en el final de la vida-familia y/o persona significativa. *Enfermería Global*, 18, 1-9. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n18/revision3.pdf>
- Gómez, M., y Ojeda, M. (2003). *Cuidados paliativos: control de los síntomas*. Las Palmas de Gran Canaria: Laboratorios MEDA. Disponible en: [http://historico.medicospacientes.com/files/prensa/adjuntos/13218%20SABINAL%20WEB%20int%20\(2\).pdf](http://historico.medicospacientes.com/files/prensa/adjuntos/13218%20SABINAL%20WEB%20int%20(2).pdf)
- Hanks, G., De-Conno, F., Cherny, N., Hanna, M., Kalso, E., Mcquay, H., y Ventafrida, V. (2002). Morfina y opiáceos alternativos para el tratamiento del dolor oncológico: recomendaciones de la EAPC. *MED. PAL*, 9(1), 22-29. Disponible en: https://portal.uah.es/portal/page/portal/GP_EPD/PG-MA-ASIG/PG-ASIG-32741/TAB42351/Med%20paliativa%20morfina%20y%20opi%20El%20ceos.pdf
- Hernández-Pérez, M., y Castells, S. (2012). Fármacos analgésicos-antitérmicos y antiinflamatorios no esteroideos. En: *Farmacología en enfermería* ((3), pp. 109-126). Barcelona: Elsevier.
- Hugher, R.G., Bakos, A.D., O'Mara, A., y Kovner, C.T. (2005). Palliative Wound Care at the End of Life. *Home HealthCare Management & Practice*, 17(3), 196-202.
- Isla, A., Mozas, M., Cortázar, J.F., Arizmendi, L., Manuel, P., Torre, F., y Azkue, J.J. (2007). Avances en el tratamiento farmacológico del dolor crónico. *Gaceta Médica Bilbao*, 104, 141-147. Disponible en: <http://www.elsevier.es/en-revista-gaceta-medica-bilbao-316-articulo-avances-el-tratamiento-farmacologico-del-S0304485807745948>
- Klein, C., Lang, U., Bukki, J., Still, R., y Ostga, C. (2011). Pain management and symptom-oriented drug therapy in palliative care. *Breast Care*, 6(1), 27-34. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21547023>
- Míguez, A., y Muñoz, D. (2009). Enfermería y el paciente en situación terminal. *Enfermería Global*, 16(9), 1-9. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n16/reflexion3.pdf>
- Moreno, J.A. (2005). Tratamiento del dolor en el paciente oncológico. *Revista Clínica Española*, 205(1), 30-32. Disponible en: <http://www.revclinesp.es/es/tratamiento-del-dolor-el-paciente/articulo/13070757/>
- Pernia, A., y Torres, L.M. (2008). Tratamiento del dolor oncológico terminal intenso. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 15(5). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1134-80462008000500005&script=sci_arttext
- Puebla-Díaz, F. (2005). Tipos de dolor y escala terapéutica de la OMS. Dolor iatrogénico. *Oncología*, 28(3), 33-37. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0378-48352005000300006&script=sci_arttext
- Ramirez, A., Addington-Hall, J., y Richards, M. (1998). ABC of Palliative Care-The Carers. *BMJ*, 316(17), 208-221.
- Rigo, R., Rigo, J.C., y Dalacorte, A. (2011). Pain management in the elderly at the end of life. *North American Journal of Medical Sciences*, 3(8), 348-354. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3234146/?report=classic>
- Sancho, A., Grande-Gascón, M.L., Quiben, R., Sancho, J.F., Méndez-Ureña, M., Avila, C., y Cavallo, L. (2006). Tratamiento del dolor oncológico. *PsicoOncología*, 3(1), 121-138. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2003367>
- Silva, M., Aldámiz-Echevarría, B., Lamelo, F., y Vidán, L. (2005). Manejo del dolor oncológico. *Guías Clínicas*, 5(11). Disponible en: <http://www.fisterra.com/guias-clinicas/manejo-dolor-oncologico/#4041>
- Wilson, S., y Long-Term, C. (2004). En: B.R. Ferrel y N. Coyle (Eds), *Text book of Palliative Nursing*, 2ª Ed (pp. 759-769). New York, Oxford University Press, Inc.

CAPÍTULO 21

El rol de la enfermería en el ámbito de la educación infantil

Isabel Crespo Acosta
Servicio Andaluz de Salud

Introducción

“...La enfermería abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal” Definición de Enfermería según la OMS.

Como profesional enfermera desde hace varios años, he dedicado parte de este tiempo a la investigación en varios temas novedosos de la enfermería, es por ello por lo que comienzo este trabajo indicando a todas las personas como se define la enfermería y que en realidad abarca mucho más de lo que se expresa aquí.

Desde hace algún tiempo mi atención se ha basado en los ámbitos donde estos profesionales basan sus cuidados o debería decir más bien, donde deberían ampliar sus cuidados.

Otra definición de enfermera que podemos encontramos en la red “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” Definición ABC de Enfermera, sigue sin estar completa del todo puesto ya no es la mujer la única que realiza esos cuidados, y que no es solamente en el ámbito hospitalario o domiciliario donde se prestan dicha atención ¿Por qué en los centros educativos no se necesita? ¿Acaso la salud en edad infantil y adolescente mejora en esa jornada lectiva? ¿Dónde vemos en esta definición la promoción y educación de la salud?

La situación actual de la figura de la enfermera en los centros educativos está actualmente aprobada en el parlamento andaluz, pero no se dispone aún de estos profesionales en los colegios, por tanto, no es fijo que se presenten aun en la plantilla, y estamos en el aire, ya que solamente se propone la atención sanitaria en estas edades para casos concretos.

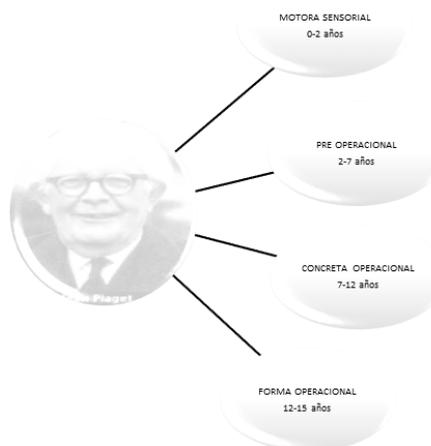
Si bien la enfermería destaca por su gran abanico de actividades, uno de los pilares básicos que pretende implantar es el de la “Promoción de la salud” en los centros educativos que según la OMS se define como:

“...comprende las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora de conocimiento de la población en relación a la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad” (OMS, 1986).

Si esto lo asociamos a la educación y a lo que se refiere al aprendizaje:

“...durante los tres primeros años de vida los niños/as son como esponjas, ya que absorben todo lo que les rodea; se da la imitación de los juegos simbólicos, dibujos, conductas y el lenguaje hablado” Teoría de aprendizaje de Jean Piaget.

Esquema 1. Estadios del desarrollo



Fuente. Diseño de la autora de la investigación.

Se habla de poner personal de enfermería en la plantilla que conforman los centros educativos, pero es una propuesta que no termina de llevarse a cabo, y creo que es por la ignorancia de las funciones que podemos tener en este contexto. Es aquí donde aclararé algunos de nuestros cometidos para que quede constancia de que la enfermera puede realizar su trabajo en más lugares a parte de los centros sanitarios y sociosanitarios.

Como ciudadanos españoles debemos tener conocimiento de nuestros derechos y deberes en cuanto a la sanidad y a la educación, encontramos y aclaramos por tanto, los siguientes artículos referentes a la sanidad y educación española:

El artículo 43 de La Constitución Española de 1978, reconoce el “...derecho a la protección de la salud” y declara que “...compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de las medidas preventivas y de los servicios necesarios”.

También refiere que “...los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte, y facilitará la adecuada utilización del ocio” y no hay nada mejor que abordar este tema en la educación desde la más edad temprana posible.

Seguimos ampliando información sobre lo que nos dice La Constitución que nos corresponde como derechos “...los poderes públicos promoverán el interés individual, familiar y social por la salud, mediante la adecuada educación sanitaria de la población” Artículo 5º de la Ley General de Sanidad, ¿por qué entonces dejar fuera la educación de la salud en los niños y adolescentes si es la ley la que lo dice?

Continuando con la investigación de artículos que refieran algo relacionado con la sanidad en los periodos de educación a adolescentes nos encontramos con la LOE “...la adquisición de hábitos intelectuales y técnicas de trabajo, de conocimientos científicos, técnicos, humanísticos, históricos y artísticos, así como el desarrollo de hábitos saludables, el ejercicio físico y el deporte” (Ley de Ordenación Educativa, Capítulo 1, Artículo 2), donde nos compete a los profesionales sanitarios actuar de forma activa, si queremos que en un futuro se reduzcan las enfermedades de tipo crónico en la población.

Actualmente hay pocas comunidades autónomas que cuenten ya con la ley implantada donde se menciona que la enfermera debe formar parte de la plantilla de los centros educativos, es el ejemplo de La Comunidad de Valencia:

“...Los centros docentes específicos de educación especial estarán dotados de personal de Enfermería, que dependerán orgánicamente del departamento sanitario correspondiente” Ley 8/2008 de los Derechos de Salud de niños y adolescentes, Artículo 10.4.

En este tema se basará mi comunicación que espero, sirva para poner en conocimiento las funciones de la enfermería en este ámbito, ya que hemos comprobado que la implantación de este sistema en otros países ha tenido un tirón espectacular.

Tenemos como objetivos principales, analizar las diferentes funciones que pueda tener la enfermera en un centro educativo, que se exponen como tablas y gráficas visuales en el apartado de resultados y saber el grado de conocimiento de padres o tutores sobre las funciones de enfermería en el colegio.

Investigamos sobre varias funciones que desempeña el profesional enfermero en grupos de población que aplicados al periodo infantil hace que se reduzcan las patologías crónicas en edades adultas.

- **Ámbito docente.** La enfermera dedicará este espacio para fomentar la educación a escolares y padres tratando sobre temas de salud activa.

- **Ámbito investigador.** Dedicado a los temas de conocimientos enfermeras para mejorar de forma continua la promoción y prevención de la salud en los centros educativos.

- **Ámbito asistencial.** Trataremos a los alumnos sobre cualquier problema de salud que les pueda surgir, y uniéndolo al ámbito docente para que sepa abordarlo en el entorno extraescolar. Creamos así un nexo directo entre los centros asistenciales que hacen un seguimiento de estos niños con los centros de educación españoles, que de esta forma nos va a permitir controlar las actividades sanitarias de los mismos.

- **Ámbito de gestión.** Destinado a exprimir al máximo los recursos destinados a la sanidad en el ámbito escolar.

Abarcando todos estos campos de actuación, la calidad de vida de nuestros niños y adolescentes superaría con creces a lo que hoy día tenemos o le estamos proporcionando.

Según un estudio ya realizado por el ministerio de sanidad, podemos detallar algunos de los hábitos poco saludables que presentan los adolescentes y niños en nuestra sociedad:

“... El consumo de fruta da lugar a diferencias significativas tanto en función del sexo (son las chicas quienes comen algo más de fruta que los chicos) como de la edad (disminuye el consumo conforme aumenta la edad de los adolescentes; así, si a los 11-12 años el 41,3% come fruta al menos una vez al día todos los días, el porcentaje desciende al 32,1% en el grupo de más edad). Estudio Health Behaviour in School Aged Children (HBSC-2002).

“...en todas las edades estudiadas son los chicos quienes despliegan más actividad física que las chicas. De igual manera, y afectando en este caso a los dos sexos, se observa que a partir de los 13-14 años desciende ligeramente la actividad física a medida que aumenta la edad” Estudio Health Behaviour in School Aged Children (HBSC-2002).

“...En lo que atañe al consumo diario de tabaco los resultados muestran que un 14,5% de los adolescentes españoles entre 11 y 18 años fuma a diario, llegando a ser un 31,8% en el grupo de más edad (dentro de este grupo -el de 17-18 años- son un 25,7% los varones que fuman a diario frente a un 37,4% de ellas)” Estudio Health Behaviour in School Aged Children (HBSC-2002).

Destacar que todas estas referencias son derivadas de la educación sanitaria que les estamos dando a nuestros niños y jóvenes, al ser de forma claramente insuficiente, ya que con dos horas de “charlas” activas al año, se ve que no reducen estos problemas.

Material

Realizamos una investigación tipo no experimental, transversal, descriptivo y cuantitativo tomando a 100 personas de distintos centros educativos y sanitarios de Andalucía, entre 11 y 64 años, ambos sexos, profesionales sanitarios y niños y adolescentes en edad escolar. Colaboran bajo anonimato, no usamos datos personales, pero si utilizamos consentimiento informado debidamente cumplimentado por los

encuestados y que nos contestan a las cuestiones de forma totalmente voluntaria y sin coaccionar a los encuestados.

Se usa SPSS versión 15.0.1. Para llevar a cabo el análisis de datos obtenidos y la fusión de las dos especialidades a estudiar, sanidad y educación, contando con la ayuda de profesionales de Magisterio y educación Secundaria, en las siguientes cuestiones:

- ¿Estaría de acuerdo en incorporar a la plantilla del colegio algún enfermero/a?
- ¿Se quedaría usted más tranquilo sabiendo que se fusiona en el colegio de su hijo/a la salud y la educación?
- ¿Cuáles cree que son los motivos por los que no hay enfermeros/as en los centros educativos?

Se hacen dos bloques, donde primero se hacen las cuestiones a 50 personas en edad educativa obligatoria, y el otro bloque está compuesto por adultos, profesionales y padres, que nos dan respuesta y opinión a lo que queremos investigar.

Cogemos a niños de 11 años ya que deducimos que con menor edad, el niño no comprende de forma clara el fin de este proceso y no queremos que la investigación desemboque a error.

De las funciones que se presentan a continuación, ¿cree usted que las puede realizar la enfermera en los centros educativos?

- Urgencias que puedan surgir en el colegio.
- Enseñanza de hábitos saludables.
- Seguimiento de los menús en comedores.
- Disminución en el absentismo escolar.
- Charlas sobre ETS y métodos anticonceptivos.
- Charlas sobre drogas y otras sustancias dañinas.

Realmente son preguntas que nos planteamos para tener conocimiento de que es lo que realmente obstaculiza la implantación de estos profesionales en los centros educativos, y que es lo que nosotros podemos mejorar para que se desarrolle favorablemente.

Resultados

Gráfica 1. Referente a la opinión de niños y adolescentes
¿Estaría de acuerdo en incorporar a plantilla algún enfermero/a?

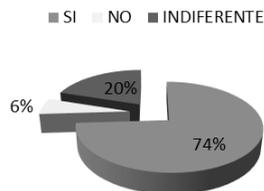
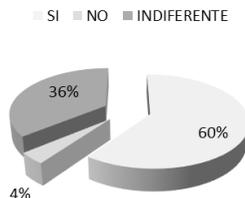
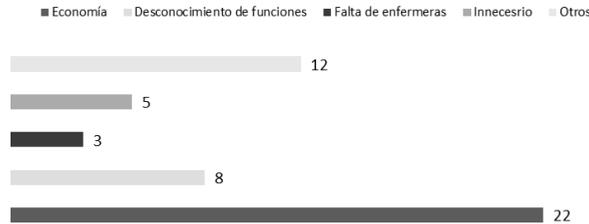


Gráfico 2. Referente a la opinión de padres de niños en edad escolar obligatoria
¿Se quedaría usted más tranquilo sabiendo que se fusiona en el colegio de su hijo la salud y la educación?



**Grafica 3. Referente a la opinión de los profesionales de enfermería
¿Cuales cree que son los motivos por los que no hay enfermeras
en los centros educativos?**



Analizamos los resultados de nuestra encuesta y los datos que sacamos en claro son los siguientes; en la primera pregunta de nuestra encuesta obtenemos que un 74% de los padres entrevistados estarían de acuerdo si se incorporara una o varias enfermeras en la plantilla del centro educativo, tan solo un 6% no estaría de acuerdo y al resto le es indiferente que se incorpore o que no.

En la segunda cuestión planteada un 60% de esos padres están más tranquilos sabiendo que hay un profesional sanitario que contribuye en temas de educación en el colegio, y que si surgiera alguna urgencia hay profesionales que están ahí para atender de forma inmediata dicho problema.

La tercera cuestión que le planteamos a estos padres tiene la intención de saber el porqué de no haber enfermeros en los colegios, donde obtenemos una gráfica de lo más variopinta, la mayoría de ellos opina que es por la economía, ya que creen que supone un gasto elevado la incorporación de un sanitario en los colegios, seguido del desconocimiento de la funciones de los enfermeros en ese ámbito.

Y por último, hacemos una recopilación de algunas de las funciones que pueden hacer los enfermeros en los centros educativos y le planteamos la siguiente cuestión ¿Cuál de estas funciones podría realizar el enfermero en el colegio o centro educativo? La mayoría nos responde que todas las funciones podrían ser llevadas a cabo por dicho profesional

Discusión/Conclusiones

Tras conocer los resultados de nuestro estudio, nos disponemos a concluir que el papel de la enfermería en los centros educativos no es solo el de curar alguna herida, sino que supone un papel más importante en la calidad de vida de nuestros niños. La educación no se basa solo en enseñarles a comportarse, en aprender matemáticas o lengua, lo que pretendemos los enfermeros es aportarles una educación sanitaria que les prevenga a corto y largo plazo de embarazos no deseados, de diabetes Mellitus, de obesidad, de sedentarismo, de enfermedades cardiovasculares, de problemas de drogadicción.....y una larga lista de enfermedades, que si los concienciamos desde pequeños podremos llegar a evitar en la mayoría de los casos.

Destacar también, que no podemos echar sobre los hombros de los profesionales de la educación un papel que nos concierne a los profesionales sanitarios, y que por motivos ajenos a nosotros, se nos escapa de las manos, siendo los afectados niños y adolescentes de nuestro entorno.

No saben que la prevención les ahorraría más dinero a largo plazo que el incorporar a plantilla un enfermero/a que desarrolle actividades de promoción de salud y prevención de enfermedades que disminuyan su calidad de vida.

Que tomemos ejemplo de otras Comunidades Autónomas como son Valencia y Madrid, que avanzan en este proyecto y que apuestan por la salud de sus hijos sin importarles temas políticos y de economía, que nos impiden desarrollar esta iniciativa tan interesante. Que nos fijemos en los datos positivos que

lanzan otros países que ya están usando esta iniciativa y que avanzan a pasos agigantados en la mejora de la sanidad.

Que nos demos cuenta de que tenemos profesionales muy preparados a los que merecemos su capacidad de abordar los problemas sanitarios en nuestra sociedad.

Espero que con este trabajo se pueda concienciar a los ciudadanos de que están en su derecho de pedir una sanidad justa y completa para ellos y para sus hijos, y que en ningún momento se debe separar el ámbito de la educación y la sanidad, puesto que juntos aportan más a la calidad de vida de la persona que cada uno por su lado, ya que encontramos argumentos más que suficientes para incorporar la figura de la enfermera en centros educativos, destacando una formación más específica en lo que a la salud se refiere.

Referencias

Ley de Salud Escolar, 28 de marzo de 1994, *Diario Oficial de la Generalitat de Valencia* (7 abril de 1994).

González-Jiménez, E. (2012). La Enfermera en el Ámbito Escolar: Importancia en la Prevención y Promoción de la Salud. *Enfermería Comunitaria (rev. digital)*, 8(1).

Ley de Ordenación Educativa (LOE). (2006). *LEY ORGÁNICA 2/2006, de 3 de mayo de Educación*.

CAPÍTULO 22

Enfermería en las infecciones urinarias en la mujer

Concepción Belando Gombau*, Víctor Gallego Herrera**, María José García Asensio**, Antonio Mon Morales*, Cristina Marín Sáez**, María Josefa García Martínez **, María Jesús Cara López**, Sonia Cañas Nicolás**, Rosa María Mendoza Saura*, y María José Sánchez Vidal*

**Estudiante de Máster y Enfermería; ** Enfermeros del Servicio Murciano de Salud*

Introducción

La infección del tracto urinario (ITU) se presenta como un problema epidemiológico que abarca un cuadro clínico variado. A lo largo del trayecto del tracto urinario, se colonización y multiplican habitualmente bacterias (González-Monte, 2012).

Las causas serán modificadas por distintos factores del huésped como puede ser la edad, el sexo, enfermedades concomitantes o la presencia de cateterismo urinario (Ignacio-Alós, 2005).

Es una de las infecciones bacterianas más frecuentes y suele tener una mayor incidencia entre las mujeres, de entre 20 y 40 años, y la tercera parte, incrementándose a un 1% por cada década de la vida, las que han tenido al menos un episodio de ITU. La incidencia se iguala para ambos sexos a partir de los 65 años de edad. Suponen una de las enfermedades nosocomiales más frecuentes (Coll-Benejam, 2004).

Las infecciones del tracto urinario (ITUs), se subdividen en infecciones de las vías inferiores e infecciones de las vías superiores (Hernando-Avendaño, 2008) y constituyen, el segundo grupo más importante de infecciones extrahospitalarias siendo un motivo frecuente de consulta en atención primaria (Asociación Española de Urología, 2006), por ello, según la OMS, las infecciones nosocomiales actualmente son un problema de salud pública debido a su severidad, alto coste y frecuencia, donde más de 1,4 millones de personas en el mundo contraen infecciones intrahospitalarias, siendo las ITUs la causa más frecuente, con una alta incidencia de microorganismo resistentes asociados al uso de sondas vesicales (López y Cortés, 2011).

Entre el 5-10% de los pacientes ingresados en hospitales del mundo desarrollado contraerán una o más infecciones. En los países en vías de desarrollo, es de 2 a 20 veces mayor que en los países desarrollados el riesgo de infección relacionada con la atención sanitaria y en algunos países en desarrollo, puede superar hasta el 25% de pacientes afectados (Organización Mundial de la Salud, 2014).

La intervención de la enfermería juega un papel fundamental para la prevención de los factores de riesgo y la disminución de las infecciones del tracto urinario. Con el fin de garantizar la mejor atención, las prácticas de enfermería se encaminan a la adecuación de los cuidados a las características individuales que se presentan en cada persona, inclusión de educación sanitaria a pacientes y cuidadores, rigor metodológico y sincronización con todos los profesionales del equipo de salud, con el fin de disminuir y evitar factores de riesgo y mejorar la salud y condiciones de vida de los pacientes.

Por todo lo expuesto anteriormente, debido a la gran prevalencia de esta enfermedad y a la importancia que tiene el papel de enfermería en la prevención y cuidados de esta patología, en este trabajo se presenta una revisión bibliográfica que nos ayudará a conocer las infecciones del tracto urinario.

Como objetivo general; describir los cuidados de enfermería a los pacientes con infección en el tracto urinario y su modo de prevenirlas, y dentro de los objetivos específicos, clasificación de las ITU, conocer los factores de riesgo e identificar las complicaciones de las ITU.

Metodología

Revisión bibliográfica consultando bases de datos (Scielo, EBSCO, Cochrane, Science Direct, PubMed, ClinicalKey, Elsevier, Medigraphic), Guías de Práctica Clínica, búsqueda inversa. Seleccionando artículos comprendidos entre los años 2005 y 2017.

Utilizamos como estrategia de búsqueda, descriptores relacionados con Ciencias de la Salud (DeCs); “cateterización urinaria”, “infecciones urinarias”, “cuidados enfermería”, “infecciones nosocomiales”, “factores de riesgo”, “probióticos”, “prevención ITU”, “fitoterapia”, “tratamiento”, “Urinary tract infection”, “cranberry”, “nosocomial infection”, “prevention and control”, y descriptores relacionados con Medical Subject Headings (MeSH); “tratamiento”, “etiología”.

Utilizamos también, diferentes combinaciones de operadores booleanos (AND, OR) y de existencia (+).

Resultados

Desde el punto de vista del diagnóstico microbiológico las ITU se definen como la colonización y multiplicación microbiana de la orina con invasión tisular en algunas de las estructuras del tracto urinario, provocando o no sintomatología, siendo las bacterias los gérmenes más frecuentes, encontrándose también hongos, virus y parásitos (Asociación Española de Urología, 2012).

Algunos autores no utilizan la clasificación, según su localización de las ITU inferiores y superiores, porque pueden coexistir y superponerse hasta en un 30 % de los casos:

- ITU inferior o cistitis: Son infecciones que se localizan exclusivamente en el tracto urinario inferior y presentan el típico síndrome miccional (polaquiuria, disuria, tenesmo, estranguria y dolor hipogástrico).

- ITU superior o pielonefritis aguda: Son infecciones localizadas en uretra, sistema colector o parénquima renal. El síntoma más relevante es la fiebre (Grabe et al., 2010; González-Monte, 2016).

Los microorganismos pueden llegar al tracto urinario por distintas vías:

- Vía ascendente: En primer lugar, por ella los microorganismos fecales ascienden desde la uretra a la vejiga y desde allí al parénquima renal a través de los uréteres (Hernando-Avenidaño et al., 2009).

- Vía hematógena: En segundo lugar. La infección del parénquima renal es debida a la presencia de bacteriemia (López-Ramos, 2012).

- Vía linfática: es una vía poco frecuente (López-Ramos, 2012).

Según las manifestaciones clínicas signos y síntomas de las ITU, el cuadro clínico de la ITU depende en parte de la edad, intensidad y localización de la infección.

Las infecciones urinarias bajas se presentan con síndrome miccional (polaquiuria, disuria, nicturia, enuresis, escozor y ardor miccionales, estranguria y tenesmo vesical).

Los síntomas de la infección de vías altas incluyen, además del síndrome miccional, presencia de dolor en fosa renal y fiebre (Fernández-Roldán, 2004).

Las manifestaciones en pacientes sondados son menos específicas que en pacientes no sondados, debido sobre todo a las características de estos, donde hay un mayor porcentaje de ancianos y pacientes con alteración en la percepción sensitiva, siendo la fiebre el signo más común.

En pacientes ancianos la ITU puede manifestarse con síntomas como delirio, decaimiento general o anorexia (Martínez, Cobos-Trigueros, y Mensa, 2013).

En neonatos, lactantes y niños podemos encontrar irritabilidad, disuria, enuresis (incluso tras el control de esfínteres), dolor abdominal, olor fétido en orina y fiebre. Los adolescentes presentan síntomas típicos de la edad adulta (Pemberthy-López et al., 2011).

Los factores de riesgo para las ITU predisponentes que influyen en su desarrollo son:

- Sexo: Siendo más frecuente en la mujer debido a la anatomía de la uretra más corta y más cercana al aparato digestivo (Schrier, 2015). En el hombre el líquido prostático actúa como antibacteriano evitando la invasión de bacterias en el tracto urinario (Nikibakhsh, 2011). También la deficiencia de

estrógenos aumenta el pH vaginal y disminuye la presencia de Lactobacilos permitiendo la colonización de bacterias en el tracto urinario. Sin embargo, en el hombre el sexo anal es favorecedor de la presencia de infección urinaria (Pemberthy-López et al., 2011), por otro lado, mujeres en el periodo premenopáusico, mujeres posmenopáusicas, y mujeres embarazadas (Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica, 2006).

- La edad avanzada produce un deterioro en la función del tracto urinario. En el sexo masculino la hipertrofia prostática provoca obstrucción favoreciendo las infecciones (Pigrau, 2013).

- Enfermedades de base como:

- Enfermedades neurodegenerativas: De forma secundaria, la aparición de vejiga neurógena, provocando un vaciamiento vesical ineficaz y el riesgo de sondaje vesical (Romero, Conejero, Planells, y Giménez, 2010).

- La Diabetes Mellitus: Hay una relación entre una mayor adherencia bacteriana al epitelio y la presencia de glucosuria, aumentando la predisposición de los uropatógenos para colonizar el tracto urinario (Grabe et al., 2010).

- Sistema inmunológico: Los pacientes contagiados por VIH, pacientes con tratamiento de inmunosupresores, trasplantados o la presencia de neoplasias de origen hematológico, le afectan a los mecanismos defensivos presentes en el organismo contra las bacterias, lo que favorece su colonización en el tracto urinario. En muchas ocasiones se produce la muerte de estos debido a las complicaciones obstructivas e infecciosas de la vía urinaria (Khanna et al., 2010).

- Alteraciones en el aparato urinario:

- Reflujo vesicouretral e intrarrenal: favorece que la orina infectada llegue al parénquima renal produciendo una pielonefritis (Grabe et al., 2010).

- Vaciado incompleto de la vejiga.

- La alteración de la mucosa vesical favorece la colonización de uropatógenos ya que tiene capacidad bacteriostática.

- El aumento del Ph (Hospital Jahn Ferenc Sur-plagas, 2011).

- Embarazadas: Se producen cambios fisiológicos, podemos destacar: dilatación progresiva y asimétrica de los uréteres, compresión de la vejiga por el aumento de tamaño del útero, las modificaciones hormonales, cambios en el pH, aumento del flujo urinario, etc. (Melchor-Marcos y Uceda-Somoza, 2013).

- Hospitalización: Las infecciones nosocomiales urinarias, tienen una alta incidencia del 3 y el 15%, causadas por la sonda vesical e instrumentación urológica.

- Sondaje Vesical: Es el factor más influyente, los portadores de sonda vesical permanente con infección urinaria asociada, tienen un riesgo tres veces mayor de mortalidad (Codina, De-Cueto, Vicente, Echevarría, y Prats, 2011).

Las ITU, en general, tienen poca asociación a complicaciones graves, aunque en pacientes con presencia de factores de riesgo podemos encontrar:

- Absceso renal corticomedular: Suele ser la complicación de una pielonefritis con reflujo pielouretral o complicación de una obstrucción urinaria por cálculos renales (Fullá et al., 2009).

- Absceso perinefrítico: Existe una relación entre este tipo de absceso y diabetes mellitus. Es la presencia de material purulento entre la fascia y capsula renal (Ávila-Boza y Guido-Ortiz, 2014).

- Necrosis papilar: Como consecuencia inmediata se puede tener una disfunción renal y síndrome nefrótico. Ocurre en pacientes diabéticos y el cuadro es similar a una pielonefritis aguda grave (Lidid, Mora, y Ramírez, 2010).

- Prostatitis aguda: Es una infección de próstata ascendente desde de la uretra junto con uretritis o ITU, causada por bacterias de la familia Enterobacteriaceae. Se manifiesta con escalofríos, fiebre elevada, dolor en pelvis o periné, disuria y polaquiuria. Debido a la inflamación de la glándula puede haber obstrucción urinaria (Sistema Nacional de Salud, 2011).

- Epididimitis aguda: Causa más frecuente de escroto agudo. La infección del epidídimo se produce por un reflujo de orina infectada a través del conducto deferente. El síntoma típico es la presencia de dolor escrotal unilateral. Puede haber fiebre con escalofríos, síntomas de prostatitis aguda o disuria (Centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud, 2008).

- Sepsis, por una ITU no tratada puede diseminarse. Se produce lo que se denomina síndrome de respuesta inflamatoria sistémica con temperatura superior a 38°C o inferior a 36°C, frecuencia cardiaca y respiratoria elevada, PaCO₂<32 mm Hg y leucocitosis o leucopenia (Munford y Suffredini, 2014).

- Pielonefritis enfisematosa: Se caracteriza por la producción de gas que se ubica en las vías urinarias, parénquima renal y tejidos retroperitoneales, produciendo una infección necrotizante (Abelina Zaragoza, Osnaya, Mondragón, y Sánchez, 2012).

- En el embarazo, la presencia de una ITU puede provocar daños irreparables tanto para la madre como para el feto, como: amenaza de parto pretérmino, parto pretérmino, amenaza de aborto, aborto y bajo peso al nacer.

Los enfermeros, como miembro de un equipo interdisciplinario, son clave en la prevención de las infecciones del tracto urinario, ya que son responsables de brindar los cuidados necesarios para promover, conservar y restablecer la salud del paciente.

El personal de enfermería debe saber identificar todos aquellos signos y síntomas que se relacionen con una infección urinaria por medio de una entrevista y examen físico, teniendo en cuenta la causa, gravedad, y tipo de infección urinaria.

Según donde se localiza se puede reconocer si es una ITU de vías bajas de forma ambulatoria (uretritis, cistitis y uretritis) y de forma intrahospitalaria, si se trata de una ITU de vías altas (pielonefritis) (MedlinePlus, 2015).

Cuidados de enfermería ambulatoria en las ITU de vías bajas.

- Vigilar las constantes vitales, insistiendo tensión arterial y temperatura.
- Explicar lo importante de cumplir una dieta adecuada y consumir abundantes líquidos.
- Como obtener una muestra de orina en condiciones asépticas en su domicilio.
- Mantener el aseo adecuado de los genitales.
- Recomendar que durante la infección urinaria se abstengan de tener relaciones sexuales.
- Decirles la importancia de la ropa interior sea de algodón para evitar humedad perineal.
- Recomendar la disminución de tabaco, café, y refrescos carbonatados.
- Correcto lavado de manos (López-Ramos, 2012).

Cuidados de enfermería intrahospitalaria de las ITU de vías altas.

- Vigilar la frecuencia, volumen. Consistencia, color, de la eliminación urinaria, con el fin de identificar posibles alteraciones.

- Administrar medicamentos antibióticos, analgésicos y antipiréticos según pauta y prescripción para eliminar síntomas mostrados por la proliferación microbiana. Importante alentar a la persona para que termine el tratamiento.

- Vigilar la efectividad de tratamiento, enseñando signos y síntomas de infección y reconocer síntomas de recurrencia de la infección.

- Incentivar el aumento de líquidos para prevenir la infección y deshidratación, que consuma vitamina C para acidificar la orina y reducir el crecimiento bacteriano.

- Explicar la necesidad de cultivo de orina, análisis de sangre, tinciones, antibiograma, cistoscopia, estudios de imagen (prueba diagnóstica), para el seguimiento de la infección.

- Aconsejar que evite los irritantes urinarios (consumo de refrescos, café, alcohol, uso de papel higiénico aromatizado...).

- Aconsejar vaciar la vejiga para reducir el número de bacterias, la estasis y la reinfección, tan pronto como sienta la urgencia.

- Aplicar calor local en el área supra púbica para aliviar el dolor.

- Enseñar una buena higiene perineal adecuada, limpiándose de adelante hacia atrás después de miccionar/defecar así como el correcto lavado de manos.

- Recomendar el uso de ropa interior de algodón para así reducir la humedad perineal (Perez-Montoya et al., 2010).

- Respecto al personal de enfermería la correcta colocación de guantes estériles y lavado de manos.

Prevención y cuidados de enfermería del catéter urinario en las ITU.

La ITU asociada al cateterismo es frecuente en las personas hospitalizadas.

Se estima que entre el 15- 25% de los pacientes hospitalizados presentan un cateterismo vesical y de estos el 40% se asocia con una infección urinaria (Fonseca-Andrade y Veludo-Fernandes, 2016).

El sondaje vesical consiste en la introducción de una sonda hasta la vejiga a través del meato uretral, siendo una técnica invasiva, con el fin de establecer una vía de drenaje, permanente, temporal o intermitente, desde la vejiga al exterior con fines terapéuticos y/o diagnósticos (Jiménez-Estévez, Rodríguez-Márquez, y Diego-Estévez, 2007).

Los profesionales de enfermería tienen una gran responsabilidad en cuanto a la prevención y control de la ITU asociada al uso del sondaje urinario (Fonseca-Andrade y Veludo-Fernandes, 2016).

El objetivo principal de los cuidados de enfermería va encaminado a disminuir las recurrencias de ITU mediante la prevención, actuando sobre los distintos factores de riesgo (Martínez-Martínez et al., 2012).

A continuación, se detallan las medidas generales en uso del cateterismo urinario:

- Recomendaciones para la inserción sondaje vesical.

- Antes y después de la inserción de la sonda o al realizar cualquier tipo de manipulación de la sonda o del sistema, lavado de manos inmediatamente.

- Se trata de una técnica séptica y el equipo es estéril (guantes, gasas, esponjas, soluciones antisépticas o estériles) para el lavado periuretral y lubricante monodosis.

- Limpiar la región perineal con una solución antiséptica antes de la inserción.

- Fijar la sonda vesical tras su inserción en la cara anterior del muslo para prevenir movimientos y tracciones uretrales.

- En el sondaje intermitente, realizarlos de forma periódica para evitar sobredistensiones vesicales.

- Ingesta diaria de 2-4 litros de líquidos para disminuir la aparición de cristales (Resumen de la hoja informativa para usuarios. Sondaje vesical y prevención de infecciones en el tracto urinario, 2011).

- Recomendaciones para el buen mantenimiento del sondaje vesical.

- Usar una técnica aséptica y un equipo estéril, usando sistemas de drenaje cerrado. Si se desconecta el sistema o presenta alguna fuga, y se rompe la técnica aséptica, se debe sustituir la sonda y el sistema colector.

- Mantener un flujo de orina sin obstrucciones ni dobladuras. Si se teme una obstrucción (sangrado poscirugía prostática o de vejiga), si no es recomendable, se sugiere la irrigación continua cerrada para prevenir la obstrucción y si está relacionada con el material del catéter, cambiar el catéter, debe reemplazarse.

- Evitar el reflujo de orina desde el sistema de drenaje hacia la vejiga, manteniendo la bolsa colectora por debajo del nivel de la vejiga.

- Vaciar la bolsa colectora de forma regular usando un recipiente limpio para cada paciente y no apoyarlo en el suelo.

- La higiene de la zona periuretral con agua y jabón neutro, sin la utilización de antisépticos, es suficiente.

- De forma aséptica, obtendremos las muestras de orina, desinfectando primero y aspirando con jeringa. Si necesitamos gran volumen de orina, lo obtenemos de la bolsa de drenaje.

- Recomendaciones sobre la retirada del sondaje vesical.

Los nuevos estudios demuestran que no existe la necesidad de pinzar la sonda antes de retirarla para la reeducación vesical. Por lo tanto, un pinzamiento que se alargue en el tiempo puede ocasionar daño isquémico y distensión de la mucosa de la vejiga aumentando aún más la infección tracto urinario.

Existe evidencias que es más beneficioso para el paciente con catéter permanente su retirada sea en la medianoche para mejorar su reeducación vesical de esta forma se conseguirá mayores volúmenes en la primera micción y evitar la recauterización. Por otro lado, también es beneficiosa su retirada directamente (Márquez-Rivero, Álvarez-Pacheco, y Márquez-Rivero, 2012).

Los criterios claros de indicación del sondaje, la duración del sondaje, el tipo de sondaje, el sistema de drenaje cerrado o abiertos, sondas de material especial, las técnicas de inserción, cuidados del catéter vesical, las desconexiones frecuentes, el reflujo de orina desde el sistema colector hacia la vejiga, manipulaciones de la bolsa recolectora, el lavado de manos, hacen que la intervención de enfermería toma especial relevancia en la cateterización vesical ya que de su buena praxis depende la contaminación del tracto urinario (Andrade-Fonseca y Fernandes-Veludo, 2016).

Prevención y cuidados infección nosocomial en las ITU.

Las infecciones nosocomiales son infecciones que se adquieren durante la estancia hospitalaria, no estando presentes ni en el momento del ingreso ni durante la incubación. Son infecciones muy frecuentes debido a que el propio ambiente hospitalario las favorece, y que todo tipo de microorganismos encuentren un medio favorable para desarrollarse e introducirse en los pacientes, personal sanitario y visitantes (CDC, 2010).

Dentro de las infecciones nosocomiales las infecciones urinarias son de las más frecuentes, 80% están asociadas al uso de catéteres (Servicio Madrileño de Salud, 2009).

Discusión/Conclusiones

Tras la revisión de la bibliografía, se puede afirmar que las ITUs se clasifican principalmente atendiendo a su localización, podrían ser en las vías urinarias altas o en las vías urinarias bajas. Para concretar, diversos autores proponen además clasificarlas por sintomatología, en específica e inespecífica, o incluso también por localización anatómica, así sería, por ejemplo, uretritis, cistitis, pielonefritis, etc., y según el tiempo de evolución, en agudas o crónicas.

Los principales factores de riesgo son sexo, edad, hospitalización, sondaje vesical, enfermedades de base, alteración del aparato urinario, alteración del sistema inmune y embarazado (Pigrau, 2013).

Según un estudio transversal realizado por Pavanello et al. (2009), se concluye que el principal factor de riesgo para el desarrollo de una ITU, asociada o no al uso de sondaje, es el sexo femenino en un 60,5%. Debido a las condiciones anatómicas de la mujer, ya que la longitud de la uretra femenina es menor que la de los hombres y por ello su situación más cercana al ano propicia la colonización de bacterias (Schrier, 2015).

En cuanto a la diabetes mellitus, se ha visto que es una enfermedad que tiene una estrecha relación con las infecciones urinarias. Grabe, et al. (2010) en una revisión sistemática señala a la diabetes como un factor de riesgo importante que puede ocasionar sepsis, fallo multiorgánico, pielonefritis enfisematosa (Abelina-Zaragoza, Osnaya, Mondragón, y Sánchez, 2012; Tovar, Barragan, Sprocket, y Alba, 2016).

Las complicaciones más habituales son: absceso renal, epididimitis aguda, necrosis papilar, prostatitis aguda, sepsis por E. Coli (Racca et al., 2009) e incluso fallo multiorganico (Aguilar y Naranjo, 2014).

La ITU es una complicación frecuente del procedimiento de cateterización. Cerca del 10% de los pacientes que son hospitalizados son sometidos a un sondaje vesical (Falci-Ercole et al., 2010).

Según nuestra revisión, no existe un acuerdo en la forma de ejecución de las técnicas de inserción y mantenimiento del catéter urinario (Menéndez et al., 2016).

Aproximadamente el 15% de las ITU nosocomiales ocurren en brotes asociados con una inadecuada higiene de manos por parte del personal sanitario. Por lo que un buen lavado de manos antes y después

de la técnica ha demostrado disminuir la infección nosocomial urinaria. El rol enfermería asistencial es importante para garantizar la aplicación correcta de las técnicas y procedimientos de enfermería en la atención al paciente (Castro-Rodríguez, 2014).

Concluimos este apartado diciendo que los profesionales sanitarios no solamente somos los responsables de la resolución de un problema de salud, sino también de disminuir las manifestaciones clínicas ante problemas crónicos y la mejora de la calidad de vida de las personas.

En las enfermedades crónicas la calidad de vida del paciente es muy importante, por ello es fundamental una acción competente por parte del profesional de enfermería para acercar el cuidado integral, el apoyo familiar y social y la mejora de la calidad de vida de los pacientes. También añadir que los autocuidados llevados a cabo por el paciente son una parte fundamental en la prevención de las complicaciones, por lo que aumenta la calidad de vida, y estos autocuidados de calidad se asientan a partir de una continua y actualizada educación sanitaria por parte de los profesionales de enfermería, base para el éxito y para la motivación y autoestima del paciente.

Tras la realización de este trabajo, se considera apropiado conocer sobre cuáles son los cuidados de Enfermería más apropiados para disminuir las ITUs de repetición en los pacientes con sondaje vesical y que viven en sus domicilios.

Referencias

- Abelina-Zaragoza, T., Osnaya, H., Mondragón, M.A., y Sánchez, R.D. (2012). Pielonefritis, colecistitis y cistitis enfisematosa en paciente con diabetes mellitus descompensada. *Revista Chilena de Cirugía*, 572-575.
- Aguilar-García, C.R., y Naranjo-Tadeo, I. (2014). Pielonefritis enfisematosa. *Medicina Interna de México*, 218.
- Asociación Española de Urología. (2012). *UroPAC Web de información al público sobre UROLOGÍA*. Obtenido de UroPAC Web de información al público sobre UROLOGÍA. Disponible en: <http://pacientes.aeu.es/infeccion-de-orina.ashx>.
- Asociación Española de Urología. (2006). *Guía Práctica Clínica. Cistitis no complicada en la mujer*. España: Zambon.
- Ávila-Boza, M.P., y Guido-Ortiz, M.C. (2014). El absceso perirrenal, ¿búsqueda o hallazgo? *Revista Mexicana de Urología*, 74, 360-363.
- Castro-Rodríguez, A.L. (2014). *Rol del personal de enfermería en la prevención de infecciones nosocomiales*. Medellín.
- CDC. (2010). *CDC. (Surveillance, Ed.)*. Disponible en: http://www.cdc.gov/nhsn/pdfs/pscmanual/17pscnsindef_current.pdf.
- Coll-Benejam, E.M.M. (2004). Infecciones urinarias. *Atención Primaria*, 98-102.
- Fernández-Roldán, M.C. (2004). *Estudio sobre la recogida de muestra y urocultivo en mujeres, para diagnóstico de la infección urinaria*. Granada, Andalucía, España: Editorial de la Universidad de Granada.
- Fonseca-Andrade, V.L., y Veludo-Fernandes, F.A. (2016). Prevención de la infección del tracto urinario asociada al cateterismo: estrategias en la implementación de las directrices internacionales. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 24.
- Fullá, J., Storme, O., Fica, A., Varas, M.A., Flores, J., Marchant, F., y Varas, D. (2009). Abscesos renales y perirrenales: análisis de 44 casos. *Revista Chilena de infectología*, 26, 445-451.
- Gema-Codina, M., De-Cueto, M., Vicente, D., Echevarría, J.E., y Prats, G. (2011). Diagnóstico microbiológico de las infecciones del sistema nervioso central. *Revista enfermedades infecciosas microbiología Clínica*, 29, 127-34.
- Gonzalez-Monte, E. (2012). Infecciones de tracto urinario. *Revista Nefrología*.
- González-Monte, E. (2016). Infecciones de tracto urinario. *Revista de Nefrología*.
- Grabe, M., Bjerklund-Johansen, T.E., Botto, H., Cek, M., Naber, K.G., Tenke, P., y Wagenlehner, F. (2010). *Guía sobre las infecciones urológicas*.
- Grabe, M., Bjerklund-Johansen, T.E., Botto, H.M., Naber, K.G., Tenke, P., y Wagenlehner, F. (2010). *Guía clínica sobre las infecciones urológicas*. Disponible en: <http://uroweb.org/wp-content/uploads/17-GUIA-CLINICA-SOBRE-LAS-INFECCIONES-UROLOGICAS.pdf>
- Hernando-Avenidaño, L. (2008). *Nefrología Clínica*. Madrid: Médica Panamericana.

Hernando-Avenida, L., Aljama-García, P., Arias-Rodríguez, M., Caramelo-Díaz, C., Egido-de-los-Ríos, J., y Lamas-Peláez, S. (2009). *Nefrología Clínica*. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

Ignacio-Alós, J. (2005). *Epidemiología y etiología de la infección urinaria comunitaria. Sensibilidad antimicrobiana de los principales patógenos y significado clínico de la resistencia*. Elsevier, 3-8.

Khanna, P., Abraham, G., Mohamed-Ali, A., Miriam, P., Mathew, M., Lalitha, M.K., y Lesley, N. (2010). *Urinary tract infections in the era of newer immunosuppressant agents: a tertiary care center study*. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20814124>

Lidid, A., Mora, M., y Ramírez, T. (2010). Necrosis papilar renal: El diagnóstico de un clásico en la era de la tomografía multidetector. *Revista chilena de radiología*, 16, 128-133.

López, M.J., y Cortés, A. (2011). *Colonización e infección de la vía urinaria en paciente críticamente enfermo*. Elsevier.

López-Ramos, H.E. (2012). *Guía de Infecciones Urinarias*. Colombia: PLM COLOMBIA.

Márquez-Rivero, P.A., Álvarez-Pacheco, I., y Márquez Rivero, A. (2012). Protocolo basado en la evidencia de los cuidados de los catéteres urinarios en unidades de cuidados intensivos. *Enfermería intensiva*, 23(4), 171-178.

Martínez-Martínez, B., Joaquín-González, A., Rojano-Ibáñez, V., Sánchez-Carretero, M.Á., Cebrián-Soriano, E., Soriano-Escobar, L.,... García-López, F. (2012). *Protocolos de Enfermería*. Obtenido de Complejo Hospitalario Universidad de Albacete: <http://www.chospab.es/publicaciones/protocolosEnfermeria/documentos/317e338922fd09aad3c83f1dc5362dab.pdf>.

Martínez-Ortiz-de-Zárate, M., González-del-Castillo, J., Julián-Jiménez, A., Piñera-Salmerón, P., Llopiz-Roca, F., Guardiola-Tey, J.,... Candel-González, F. (2013). Estudio INFURG-SEMES: epidemiología de las infecciones. *Emergencias*, 368-378.

MedlinePlus. (2015). *Biblioteca Nacional de Medicina de los EE.UU.* Obtenido de MedlinePlus: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000521.htm>.

Melchor-Marcos, J.C., y Uceda-Somoza, R. (2013). Infección urinariorinaria en la mujer embarazada. En C. Pigrau, *Infección del tracto* (pp. 73-83). Barcelona: Salvat.

Menéndez-González, L., González-Sánchez, L., y González-Sánchez, G.M. (2016). Cuidados del catéter urinario basados en la evidencia científica de Atención Primaria. *Revista SEAPA*, 28-45.

Munford, R.S., y Suffredini, A.F. (2014). *Spesis, severe sepsis and septic shock*. Elsevier Saunders, 75.

Nikibakhsh, A. (2011). *Clinical Management of Complicated Urinary Tract Infection*. Irán: InTech.

Organización Mundial de la Salud. (2014). *Una atención limpia es una atención más segura*. Disponible en: <http://www.who.int/gpsc/background/es/>

Pemberthy-López, C., Gutiérrez-Restrepo, J., Arango-Salazar, N., Monsalve, M., Giraldo-Alzate, N., Gutiérrez-Henao, F., y Amariles, P. (2011). Aspectos clínicos y farmacoterapéuticos de la infección del tracto urinario. Revisión estructurada. *Revista Ces Medicina*, 135-151.

Perez-Montoya, L.H., Zurita-Villarroel, I., Pérez-Rojas, N., Patiño-Cabrera, N., y Calvimonte, O. (2010). Infecciones Intrahospitalarias: Agentes, Manejo Actual y Prevención. *Revista Científica Ciencia Médica*, 94-98.

Pigrau, C. (2013). *Infección del Tracto Urinario*. Barcelona: Salvat.

Pigrau, C., Cartón, J.C., Horcajada, J.C., y Pujol, M. (2013). *Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*. Disponible en: <https://www.seimc.org/contenidos/documentoscientificos/procedimientosclinicos/seimc-procedimientoclinicoiv.pdf>.

Racca, M.L., Ponzano, R., Sarria, J.P., Minuzzi, F., y Minuzzi, G. (2009). *Pielonefritis enfisematosa. Comunicación de un caso*. Obtenido de Medicina en Español (medes): <https://medes.com/publication/49819>

Romero, G., Conejero, J., Planells, I., y Giménez, M. (2010). Características de las infecciones urinarias en pacientes con vejiga neurógena según el sistema de vaciado vesical utilizado en comparación con pacientes sin vejiga neurógena. *Actas urológicas españolas*, 251-257.

Sánchez, E.M.V. (2011). Resumen de la hoja informativa para usuarios. Sondaje vesical y prevención de infecciones en el tracto urinario. *Enfermería Clínica*, 21(6), 366-367.

SEIMC Sociedad Española de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica. (2006). *Tratado SEIMC de Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*. Medica Panamericana.

Servicio Madrileño de Salud. (5 de mayo de 2009). *Salud Madrid*. Obtenido de Promoción de la calidad de Buenas Prácticas: <http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadertype=ContentDisposition&blobheadertype2=cadena&blobheadertype3=filename%3DGuiaBPC-Infecci%C3%B3n+Nosocomial+5+mayo+2009.pdf&blobheadertype4=language%3Des%26sit>.

Sistema Nacional de Salud. (2011). *S. N. Salud*, (Ed.) Obtenido de Información terapéutica: https://www.mssi.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/infMedic/porVolumen/home.htm.

Tovar, H., Barragan, B., Sprocket, J., y Alba, M. (2016). Infección del tracto urinario en pacientes hospitalizados con diabetes tipo 2. *Revista Chilena Endocrinología y Diabetes*, 6-10.

CAPÍTULO 23

La enfermera en el proceso perioperatorio y su atención al paciente

Juan José Abarca Anguita*, José Antonio Agudo Caballero**, y María José Rueda Godino***

Residencia ILUNION Sociosanitaria. Madrid; **Residencia Sagrada Familia Villanueva del Duque. Córdoba; *Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa. Zaragoza*

Introducción

La presencia de la enfermera en cirugía se considera imprescindible. Su participación en todo el periodo perioperatorio da lugar a que el proceso quirúrgico sea para el paciente más confortable y llevadero, además de favorecer y agilizar la gestión quirúrgica y el desarrollo técnico de las cirugías (Vallejo et al., 2009).

Según Atkinson y Fortunato (1998), el enfermero perioperatorio personifica todo lo que la palabra enfermería ha significado tradicionalmente para el enfermo, es decir, una persona que proporciona seguridad y comodidad, un defensor y un confidente. El personal de enfermería perioperatorio realiza intervenciones tanto si el enfermo quirúrgico está consciente como inconsciente. Dichas intervenciones proporcionan cuidados al paciente mediante la planificación y evaluación preoperatoria, intervenciones intraoperatorias y la evaluación postoperatoria (Atkinson y Fortunato, 1998).

En uno de los artículos se define a la enfermería del quirófano como la profesión capacitada para la identificación de las necesidades sociológicas, psicológicas y fisiológicas del enfermo, y la implementación de un programa individualizado de cuidados que coordine las intervenciones de todo el equipo, basado en un conocimiento de las ciencias naturales y del comportamiento, a fin de restaurar o mantener la salud y el bienestar del enfermo antes, durante y después de la intervención quirúrgica (Atkinson y Fortunato, 1998).

Desde que un paciente conoce la noticia de que va a ser intervenido quirúrgicamente saltan las alarmas en todo su entorno, incluyendo familia, amigos y por supuesto la propia persona. Es una situación que, en general, la mayoría de las personas no saben convivir con ello y presentan un estado de preocupación hasta el día de la intervención. Ese día la persona presenta un estado de nerviosismo, estrés, ansiedad y puede que incluso miedo, y aquí es donde aparece una figura muy importante como es la enfermera, la cual se convierte en la confidente del paciente.

En otro artículo se menciona que los cuidados de enfermería deben incluir un cálido contacto personal que humanice el ambiente del quirófano, a menudo frío, aséptico y muy tecnificado; una comunicación afectiva no solo verbal, sino también mediante el tacto y el contacto visual, de escucha y de respuesta a las necesidades y expectativas del paciente (Varela, Sanjurjo, y Blanco, 2009).

Viene a coincidir con Salazar (2011), puesto que al tener los pacientes múltiples interacciones con distintos miembros del equipo enfermero, estas interacciones deben ser precisas, cálidas, humanas y satisfacer asuntos emocionales del paciente. Por lo que ya no solo el enfermero, sino todo el resto del equipo debe prestar estos cuidados al paciente, puesto que es el eje de atención (Salazar, 2011).

Uno de los autores asegura que los cuidados comienzan mucho antes y terminan mucho después del acto quirúrgico en sí, así el enfermero competente sería aquel que se compromete con la humanización, pues solo la utilización de conocimientos técnicos no satisface la voluntad de los pacientes (Heluy, Efigènia, Felipe, y Castelló, 2004). Además, Watson, una de las grandes teóricas de enfermería, señala que los seres humanos no pueden ser tratados como objetos y no pueden ser separados de su personalidad, de los otros, de la naturaleza y del universo, más extenso (Neil, 2003).

La enfermera durante el proceso perioperatorio escucha las emociones y sentimientos del paciente, suspiros, respiración fatigosa, lo cual le ayuda para conocer sus necesidades. Continuando con Varela et al. (2009), esta escucha debe ser una escucha activa, mediante el lenguaje verbal y no verbal (Varela, Sanjurjo, y Blanco, 2009).

El paciente siempre se encuentra alerta, oyendo ruidos, comentarios, por lo que Valera, Sanjurjo et al. (2009), apuntan que la enfermera debe evitar cualquier situación que lo altere, con un tono amable y cuidando las conversaciones, ya que el paciente puede magnificar o malinterpretar lo que oye aumentando su estrés psicológico (Varela, Sanjurjo, y Blanco, 2009).

El enfermero también comparte experiencias con el enfermo en un momento en el que éste se encuentra nervioso, asustado e intranquilo. Debe haber confianza mutua entre el enfermero y el paciente, al igual que comprensión entre ambos. Para lograr y mantener una buena relación el enfermo debe saber que el enfermero velará por su bienestar tanto dentro como fuera del quirófano.

Atkinson y Fortunato (1998), afirman que la enfermería perioperatoria supone la interacción paciente-enfermero, mediante el cuidado y el contacto directo con el enfermo. La enfermera debe proporcionar un cuidado individualizado, centrado en la persona y no solamente en el procedimiento o la técnica (Atkinson y Fortunato, 1998).

Objetivos

Revisar la literatura existente sobre el proceso quirúrgico y la atención de enfermería durante el mismo, para intentar configurar una aproximación al conocimiento que le concierne, por lo que de una forma más específica pretendemos:

- Explorar las bases de datos bibliográficas y las publicaciones predefinidas, para localizar y seleccionar los trabajos publicados que guarden relación estrecha con nuestro objeto y área de estudio.
- Analizar la literatura seleccionada para adquirir una visión completa, rigurosa y actualizada sobre los cuidados enfermeros en el proceso perioperatorio y su repercusión en el paciente.

Metodología

Se realizaron búsquedas bibliográficas electrónica en Cuiden Plus, Scielo, Scopus y buscador Google Scholar atendiendo a las palabras clave y su combinación con el operador booleano AND. Por otro lado se han realizado búsquedas manuales a través de revistas de enfermería, libros relacionados con el tema de estudio, además Editoriales y Artículos relacionados aparecidos en Internet o en Congresos de carácter profesional o científico. Todas las búsquedas están comprendidas desde el año 1998 hasta 2012. Los descriptores empleados han sido: “cuidados intraoperatorios”, “enfermería”, “perido intraoperatorio”, “ansiedad”.

La selección de los trabajos se realizó de acuerdo con los siguientes criterios de inclusión:

- Que el enfoque del tema-área de estudio esté centrado en el área quirúrgica.
- Que estudien la necesidad de cuidados en el proceso quirúrgico.
- Que pongan de manifiesto las repercusiones de los cuidados enfermeros en los pacientes quirúrgicos.

Se excluyeron aquellos trabajos relacionados con:

- Artículos y documentos duplicados.
- Artículos y estudios que no guardan relación con el tema de estudio.

Tras la búsqueda bibliográfica y con la ayuda de los criterios de selección se han revisado 51 artículos, de éstos se han utilizado 31 para la elaboración del trabajo.

Resultados

La fase preoperatoria comienza en el momento en el que el paciente acepta ser sometido a una intervención quirúrgica hasta que es trasladado a quirófano. Cuando el paciente se traslada a quirófano llega a la sala de espera para el paciente o antesala del quirófano (Fuller y Ness, 2008).

La bibliografía consultada pone de manifiesto que a lo largo de esta fase la enfermera lleva a cabo una serie de cuidados que consisten en la preparación quirúrgica estandarizada y la realización de los protocolos específicos de preparación quirúrgica (Basobazal y Durán, 2003).

Hemos podido constatar que la mayoría de los estudios coinciden en que el acto quirúrgico es considerado por el paciente como un factor que le genera ansiedad ya que es una situación que, por lo general, produce miedo, inseguridad e incluso nerviosismo. Por ello, la atención debe enfocarse a disminuir la ansiedad mediante la enseñanza individual, por parte de las enfermeras, que mejora el nivel de conocimientos de los pacientes sometidos a una intervención quirúrgica. Es por ello por lo que se debe dar más información y de una forma adecuada al nivel cultural y de formación del paciente y su familia (Navas, 2008; Carrascosa, Aguilar, y Carrascosa, 2011; Galego y Pena, 2007; Otero et al., 2010).

Diferentes publicaciones vienen a coincidir en que la participación de enfermería durante todo el proceso prequirúrgico es una iniciativa eficaz y segura desde el punto de vista clínico, ya que esto ayuda a disminuir el grado de ansiedad del paciente, mejorar la calidad de los cuidados y la preparación preoperatoria.

Sin embargo, otro estudio apunta que se deberían desarrollar programas de educación en salud a los profesionales de enfermería con respecto al apoyo psicoemocional a los pacientes en el pre y post operatorio, con el fin de disminuir el nivel de ansiedad que presentan los pacientes (Oscoco, Bendezú, y Escajadillo, 2010).

La gran mayoría de los estudios señalan que la visita prequirúrgica por parte del equipo de enfermería aumenta el grado de satisfacción del paciente y familia, disminuye la ansiedad-estado prequirúrgica facilitando el afrontamiento de la operación sin efectos perjudiciales postoperatorios y, por otro lado, crea un clima de tranquilidad y confort en su entorno. Además, la visita prequirúrgica evita o minimiza la aparición de dolor agudo postquirúrgico (Márquez et al., 2006; Aparcero et al., 2003; Quispe y Giani, 2010).

La fase intraoperatoria comienza cuando el paciente ingresa en el quirófano hasta que finaliza la intervención quirúrgica, sale del quirófano y es trasladado a U.R.P.A. en la mayoría de los casos, hospitalización o domicilio. Esta fase se corresponde con el área restringida, donde solamente el personal vestido con ropa de quirófano limpia puede ingresar (Fuller y Ness, 2008).

El objetivo del equipo quirúrgico es proporcionarle al paciente cuidados de calidad y además debe estar presente el respeto y una buena comunicación entre los integrantes del equipo (Basobazal y Durán, 2003).

Dentro del personal de enfermería nos encontramos con la enfermera instrumentista y circulante. La enfermera instrumentista es la encargada del campo estéril durante el procedimiento quirúrgico. (Atkinson y Fortunato, 1998). Mientras que la enfermera circulante debe conocer el material utilizado en el campo estéril durante la intervención quirúrgica, facilitándolos a la enfermera instrumentista cuando así lo requiera (Basobazal y Durán, 2003).

El LVSQ es una herramienta utilizada por los profesionales de enfermería con el fin de mejorar la seguridad en las intervenciones quirúrgicas (Narbona, Delgado, y Narbona, 2011; Calvo et al., 2012; Merino, 2011; Gutiérrez y Fernández, 2010; Amaya et al., 2012).

Nos ha llamado la atención que la Lista de Verificación de la Seguridad Quirúrgica ha sido destacada por parte del personal quirúrgico a nivel mundial (Narbona, Delgado, y Narbona, 2011; Calvo et al., 2012; Merino, 2011; Gutiérrez y Fernández, 2010; Amaya et al., 2012).

Todos los estudios encontrados acerca del LVSQ ponen de manifiesto la necesidad de implantar esta herramienta en todos los hospitales ya que gracias a ella puede hacer más segura la atención quirúrgica,

podría disminuir la estancia hospitalaria del paciente durante el post-quirúrgico, el reingreso hospitalario por alguna complicación de la cirugía y por lo tanto, el costo de atención por paciente podría ser menor para el hospital (Narbona, Delgado, y Narbona, 2011; Calvo et al., 2012; Merino, 2011; Gutiérrez y Fernández, 2010; Amaya et al., 2012).

Además otros estudios apuntan que el LVSQ mejora la comunicación entre los miembros del equipo quirúrgico y evita olvidos al proponer una revisión sistemática de los pasos a tener en cuenta antes de cada intervención y al existir una única persona que coordina al equipo, la enfermera circulante. (Narbona, Delgado, y Narbona, 2011; Calvo et al., 2012; Merino, 2011; Gutiérrez y Fernández, 2010; Amaya et al., 2012).

En el quirófano, muchas veces la atención al paciente carece de humanidad, tratándole como un caso más. Es por ello por lo que se considera importante la humanización de los cuidados durante todo el proceso quirúrgico por parte del equipo de enfermería (Heluy, Efigênia, Felipe, y Castelló, 2004).

La revisión realizada nos ha mostrado la importancia de personalizar los cuidados. De este modo el paciente percibe mayor calidad en el servicio, sintiendo un trato más individualizado (Solar et al., 2008; Fernández et al., 2007; Heluy, Efigênia, Felipe, y Castelló, 2004; Salazar, 2012).

La fase postoperatoria tiene lugar desde que el paciente sale del quirófano hasta que dado de alta, no sólo del hospital, sino de la recuperación de su intervención quirúrgica, aquí puede hablarse de postoperatorio inmediato, U.R.P.A., o tardío, planta o domicilio (Atkinson y Fortunato, 1998).

En esta fase, el objetivo del cuidado postanestésico es cuidar al paciente a que retorne a un estado fisiológico seguro tras habersele administrado un anestésico (Atkinson y Fortunato, 1998). La recepción, la vigilancia y previsión de posibles complicaciones en los cuidados de enfermería en la U.R.P.A., tiene que ir ligado a un mantenimiento de la calidad en nuestra atención de enfermería (Pérez y Barrajón, 2007).

Aún no se ha conseguido llegar a controlar el dolor postoperatorio. Nos ha llamado la atención que la mayoría de los pacientes que se someten a una intervención quirúrgica padezcan un grado de dolor pese a la farmacología existente (Martínez-Vázquez-de-Castro y Torres, 2000).

Uno de los estudios revisados pone de manifiesto que en el manejo efectivo del dolor postoperatorio las enfermeras juegan un rol clave, por lo que el manejo del dolor debe ser el centro de la práctica de enfermería. Es muy importante que las enfermeras tengan una base adecuada de conocimiento para así poder afrontar positivamente el comportamiento del dolor, la experiencia del dolor y la nocicepción. (Ortega et al., 2008). Otro estudio viene a coincidir con el anterior, apuntando que la educación continuada del personal sanitario es fundamental (Fernández-Galinski et al., 2007).

Un aspecto muy interesante, sugerido por dos documentos, ha resultado ser la importancia de la información entregada a los pacientes, apuntando uno de los documentos, la información relacionada con el dolor postoperatorio (Fernández-Galinski et al., 2007; García et al., 2011).

Discusión/Conclusiones

La participación de enfermería durante todo el proceso perioperatorio es esencial puesto que juega un papel muy importante en las fases preoperatoria, intraoperatoria y postoperatoria.

La personalización de los cuidados, por parte del equipo de enfermería, debe estar presente en cada una de las fases del proceso quirúrgico puesto que así se garantiza el bienestar del paciente, la razón de ser de la enfermería.

La implantación en todos los hospitales de la enfermera perioperatoria, como aquella que acompaña al paciente durante cada una de las fases del proceso perioperatorio, aportaría un grado mayor de excelencia a la praxis de la enfermera y al mismo tiempo satisfacción, seguridad y comodidad al paciente y familia.

Estudios que evidencien la importancia de los cuidados holísticos de enfermería a lo largo del proceso perioperatorio, pondrían de manifiesto la figura profesional de enfermería como pieza

fundamental del equipo quirúrgico y su función independiente en él, en cuanto a humanización y calidad en la atención al paciente.

Referencias

- Amaya, C., Murrieta, J., Manrique, C., et al. (2012). La seguridad del paciente, una preocupación de enfermería quirúrgica. *Paraninfo Digital*, año VI(16), 1-10.
- Aparcero, L., Núñez, A., y Ramos, M. (2003). La visita entrevista prequirúrgica: Intervención de enfermera e instrumento para la calidad. *Enfuro*, (88), 9-13.
- Atkinson, L.J., y Fortunato, N.H. (1998). Técnicas de quirófano. En L.J. Atkinson y N.H. Fortunato (Ed.), *Fundamentos de los cuidados centrados en el paciente* (pp. 21-34). Madrid: Harcourt Brace.
- Atkinson, L.J., y Fortunato, N.H. (1998). Técnicas de quirófano. En L.J. Atkinson y N.H. Fortunato (Ed.), *El equipo de cuidados directos al paciente* (pp. 71-78). Madrid: Harcourt Brace.
- Atkinson, L.J., y Fortunato, N.H. (1998). Técnicas de quirófano. En L.J. Atkinson y N.H. Fortunato (Ed.), *Cuidados postoperatorios del paciente* (pp. 543-548). Madrid: Harcourt Brace.
- Basobazal, B., y Durán, M.A. (2003). *Manual de enfermería quirúrgica*. Hospital de Galdakao. Extraído el 27 de Septiembre de 2017, de http://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/hgal_guias_manuales/es_hgal/adjuntos/manual_de_enfermeria_quirurgica.pdf.
- Calvo, M^a.C., Girau, E., Lledó, I., et al. (2012). Implantación del pasaporte quirúrgico y check-list en el Hospital Francisco de Borja. *Enfermería Integral*, (98), 61-63.
- Carrascosa, M.T., Aguilar, R., y Carrascosa, M.C. (2011). Disminución de ansiedad en paciente quirúrgico mediante una intervención de enseñanza individual. *Enfuro*, (118), 13-17.
- Fernández, S., Ruiz, A.J., y Gamarra, M.C.(2007). *Anestesia y despertar en el Hospital de Alta Resolución Sierra de Segura*. XXI congreso nacional de la asociación española de enfermería de anestesia, reanimación y terapia del dolor, León, España.
- Fernández-Galinski, D.L., DEAA, Gordo F., et al. (2007). Conocimientos y actitudes de pacientes y personal sanitario frente al dolor postoperatorio. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 14(1), 3-8.
- Fuller, J.K., y Ness, E. (2008). Instrumentación quirúrgica. Teoría, técnicas y procedimientos. En JK. Fuller y E. Ness (Ed.), *Entorno físico de quirófano* (pp. 66-80). México: Editorial Médica Panamericana.
- Galego, H., y Pena, H. (2007). Ansiedade do paciente na área de espera cirurxica. *Revista do Colexio de Enfermería de Lugo*, (9), 35-48.
- García, J., Martín, P., Sánchez, M., et al. (2011). Prevalencia e intensidad del dolor posoperatorio y su relación con la satisfacción de los pacientes en una unidad de urología. *Enfuro*, (119), 23-29.
- Gutiérrez, R., y Fernández, J. (2010). La seguridad quirúrgica en el marco del Sistema Nacional de Salud de España. *CONAMED*, 15(4), 188-194.
- Heluy, C., Efigênia, T., Felipe, R., y Castelló, M. (2004). Humanización de la Atención de Enfermería en el quirófano. *Index de Enfermería*, Año XIII(44-45), 1-6.
- Márquez S., Alonso L., y Martínez A. (2006). Controversia: ansiedad y visita prequirúrgica. *Evidentia*, 3(8), 1-5.
- Martínez-Vázquez-de-Castro, J., y Torres, L.M. (2000). Prevalencia del dolor postoperatorio. Alteraciones fisiopatológicas y sus repercusiones. *Revista de la Sociedad Española del Dolor (SED)*, 7(7), 59-70.
- Merino, R. (2011). Check-list: Herramienta para la seguridad del paciente quirúrgico y una ayuda para el trabajo interdisciplinar. *Evidentia*, 8(33), 1-3.
- Narbona, C., Delgado, S., y Narbona, F. (2011). Listado verificación seguridad quirúrgica (check-list): una necesidad aún no conocida por la enfermería. *Enfermería Docente*, (95), 9-13.
- Navas, M. (2008). Nivel de ansiedad del paciente quirúrgico en el preoperatorio y postoperatorio inmediato y factores de riesgo. *Cuidando la salud*, (8), 36-51.
- Neil, R.M. (2003). Modelos y teorías en enfermería. En R.M. Neil (Ed.), *Jean Watson: Filosofía y ciencia del cuidado* (pp. 145-164). Madrid: Mosby.
- Ortega, R.M., Romero, R.M., y Sánchez, M.D. (2008). Conocimiento de enfermería sobre dolor posoperatorio. *Desarrollo Científico de Enfermería*, 16(6), 250-253.
- Oscoco, O., Bendezú, C.M., y Escajadillo, N. (2010). Actitud que adopta la enfermera durante la atención y nivel de ansiedad del paciente en el pre operatorio en un hospital público de Pisco, Perú 2010. *Revista Médica Panacea*, 1(3), 85-88.

Otero A., Casais M., Moreira V., et al. (2010). *Seguimiento de enfermería del paciente quirúrgico en un hospital comarcal*. 7º Congreso Nacional Enfermería Quirúrgica, Valencia, España.

Pérez, Y., y Barrajón, M^a.J. (2007, Octubre). *Continuidad de cuidados en la urpa*. XXI congreso nacional de la asociación española de enfermería de anestesia, reanimación y terapia del dolor, León, España.

Quispe, I.Y., y Giani, A.C. (2010). Factores de riesgo para complicaciones en el periodo de recuperación post anestésica en el paciente anciano. *Investigación y Educación en Enfermería*, 28(3), 355-362.

Salazar, A.M. (2011). Cirugía: un contexto diferente de cuidado. *Av. Enferm.*, XXIX(1), 55-66.

Salazar, A.M. (2012). The intraoperative surgical context. Appreciations from a group of patients and from the nursing team. *Investigación y Educación en Enfermería*, 30(3), 304-311.

Solar, C., Agudo, F.J., y Espada, J.M. (2008). Ansiedad en el paciente urológico quirúrgico. *Enfuro*, (106), 6-8.

Vallejo, J.C., Coll, E., y Quero, J.C. (2009). Actividad e intervención enfermera en el periodo intraoperatorio. *Biblioteca Las Casas*, 5(2), 1-25.

Varela, M^a.D., Sanjurjo, M.L., y Blanco, F.J. (2009). El lenguaje de los cuidados. *Enfuro*, (111), 8-10.

CAPÍTULO 24

Análisis de las intervenciones en cuidados paliativos pediátricos

Francisca López Gutiérrez*, Leticia López Rivas**, y Pablo Tortosa Tortosa*

**Hospital de Poniente; **Hospital García-Orcoyen*

Introducción

Como consecuencia del avance tecnológico en medicina se ha incrementado la atención en los servicios de Cuidados Intensivos, salvando numerosas vidas gracias a la ventilación mecánica, nutrición parenteral, entre otras. Pero a su vez, han creado al mismo tiempo algo no deseado y es la agonía de pacientes que no pueden beneficiarse de la tecnología para mejorar, pero sí prolongar su vida en circunstancias nada favorecedoras (Alberti, Lores, y Menchaca, 2008; Chirino y Gamboa, 2010). Este cambio de modelo de salud a nivel mundial ha llevado a cambios en las estructuras y planteamientos de los sistemas de salud debido a que las enfermedades infectocontagiosas agudas ya no son las promotoras de las altas incidencias de tasas de mortalidad, dejando paso a las enfermedades crónico degenerativas como la principal causa de esta incidencia (Espinosa, Mancilla, Venegas, y Rodríguez, 2009).

La estrategia a llevar a cabo en Cuidados Paliativos pasa por una atención integral del paciente y su familia, contribuyendo al mayor bienestar que se le pueda dar al paciente (Pascual, 2008). La mala respuesta ante tratamientos curativos incide en las difíciles tomas de decisiones sobre la elección del tratamiento, en muchos casos en los procesos oncológicos, teniendo que decidir en muchas ocasiones entre la cura y las intervenciones que proporcionen la mayor comodidad al paciente, que en muchas circunstancias no pueden llevarse conjuntamente a cabo sobre el paciente, momento de irreflexión en el que se hace realidad la evolución de la enfermedad y de la necesidad de proporcionar los cuidados paliativos que sean necesarios (Del-Rincón, Marino, Catá, y Montalbo, 2008; Muñoz, Nieto, Méndez, Morillejo, y Carrique, 2015).

Una de las situaciones a tener en cuenta es la cooperación internacional que se ha llevado a cabo para conseguir un consenso sobre las respuestas que se deben utilizar ante este tipo de paciente, proporcionando unos cuidados de calidad a la altura de las circunstancias (Acinas, 2012). La sensibilización social ante la muerte en edades tempranas pone de manifiesto la situación delicada a la que los profesionales sanitarios se enfrentan, debiendo facilitar la mayor atención y cooperación entre el equipo multidisciplinar, respetando las necesidades tanto del paciente como de la familia (Del-Rio y Palma, 2007; González et al., 2012).

El cambio que ha experimentado la oncología en los últimos 50 años ha dado como fruto la supervivencia de la población pediátrica de forma exponencial, pero arrastrando tras de sí el aumento de enfermedades crónicas y algunos casos degenerativas, que necesitan la utilización de tecnología específica y cuidados paliativos (Barbero y Díaz, 2007).

El objetivo del presente trabajo se va a centrar en analizar los cuidados paliativos que se pueden ofrecer a los enfermos pediátricos y su familia.

Metodología

Bases de datos

Se realizó una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos científicas Cuiden, Scielo, Dialnet, Medline, PubMed y motores de búsqueda (Google Scholar).

Descriptor

Se utilizaron los descriptores "cuidados", "paliativos", "enfermería", "niños", "intervenciones", "pediatría", "neonatos", "sedación".

Fórmulas de búsqueda

La búsqueda de bibliografía se realizó utilizando los descriptores anteriormente mencionados en combinación con operadores booleanos como AND, OR y NOT.

Tras la búsqueda se analizaron los resultados obtenidos catalogando los artículos científicos, capítulos de libros y correos científicos, con publicación tanto en español como en inglés, y se procedió a escoger las publicaciones más relevantes del tema en cuestión, sin tener en cuenta publicaciones y estudios anteriores al año 2000, revisando un total de 15 artículos.

Resultados

Los Cuidados Paliativos Pediátricos se encuentran como una subespecialidad dentro de la pediatría. Es una rama sanitaria en constante crecimiento, todo ello impulsado por un avance tecnológico imparable que facilita en muchos casos los cuidados y la recuperación de los pacientes que en otra época no podrían haber sobrevivido (Vallejo y Garduño, 2014). La sociedad ve la muerte de los niños como algo excepcional que es difícil de aceptar, ya que para ello existen las UCI pediátricas que deben luchar por salvar la vida de los menores. Sus inicios fueron impulsados por pediatras preocupados por los cuidados que se prestaban a los pacientes pediátricos en fase terminal, formando en la actualidad equipos de atención multidisciplinar que no solo prestan su asistencia a pacientes oncológicos, siendo su abanico de pacientes pediátricos más amplio, al igual que el lugar donde prestar estos servicios, no siendo únicamente relegados a nivel hospitalario, pudiendo beneficiarse de estos recursos en el propio domicilio del paciente, con la seguridad y confort que representa tanto para el paciente y su familia un ambiente de confianza y privacidad (Del-Rio y Palma, 2007). El equipo encargado de estos pacientes deben ser objetivos, para manejar la situación y tomar la mejor decisión para el paciente.

La Organización mundial de la Salud (OMS, 2007) crea la primera guía sobre cuidados paliativos para la población que vive con cáncer avanzado, siendo una asignatura pendiente internacionalmente proveer de dichos cuidados a toda la población a nivel mundial, en 2014 se realiza la primera resolución a internacional sobre cuidados paliativos (resolución 67.19 de la Asamblea Mundial de la Salud) se pidió que se mejoraran los accesos a los cuidados paliativos, sobre todo en atención primaria, comunitaria y domiciliaria, centrándose en las siguientes medidas:

- Integrar los cuidados paliativos en todos los planes de salud internacionales.
- Elaborar directrices e instrumentos sobre los cuidados paliativos en todos los niveles de atención a la población y todas las enfermedades.
- Mejorar el acceso a medicamentos con fines paliativos mediante mejores regulaciones y sistemas de suministro a los Estados Miembros.
- Proveer de mejor acceso y más amplio de cuidados paliativos para los niños en colaboración con UNICEF.
- Seguimiento y evaluación periódica del avance logrado a través de los programas utilizados para la asistencia paliativa.
- Ayuda mediante suministros para los cuidados paliativos en países con pocos recursos (OMS, 2014).

El continuo y progresivo crecimiento en España de los cuidados paliativos en los últimos años, ha impulsado programas para garantizar estos cuidados, implantando protocolos en cada comunidad autónoma, pero también destaca las importantes debilidades de este sistema, debido a la heterogeneidad de estos recursos y programas de actuación, focalizando estas medidas de forma mayoritaria a pacientes oncológicos, comienzo de las actuaciones con carácter paliativo de forma tardía, son algunos de los problemas a los que se enfrenta el paciente y la familia que requieren estos cuidados (Del-Rincón et al.,

2008; Reverte, Gil, Toro, García, y Batiste, 2008). Es por ello que en 2005 se organizan unas jornadas sobre Cuidados Paliativos en el Sistema Nacional de Salud, para crear una comisión de Estrategias en Cuidados Paliativos con el fin de homogenizar y mejorar la calidad de los cuidados que requieren los pacientes al final de la vida y sus familias. Se elaboran objetivos generales y específicos aplicables a todo paciente en fase terminal y no sólo a pacientes oncológicos, basándose en el principio de necesidad del paciente en el momento y no en su supervivencia, mejorando la atención física, emocional, social y espiritual durante todo el proceso, continuando con la atención de la familia durante el duelo (Pascual, 2008; França, Costa, López, Nóbrega, y França, 2013).

En base a las necesidades que se establecen en España siete objetivos generales, treinta y tres específicos y ciento cuatro recomendaciones, incluidos en cinco grandes grupos que comprenden las líneas estratégicas de actuación:

1) Atención integral: dirigida a una atención holística, basada en las evidencias científicas y las prácticas más desarrolladas. Requiere de una alta demanda asistencial y una programación exhaustiva de visitas, lo que consigue una continua evaluación del dolor y los síntomas en un ambiente de seguridad y confort como es el propio domicilio familiar.

2) Organización y coordinación: se basa en las líneas de actuación que comprende el equipo multidisciplinar, aportando los cuidados necesarios de forma individualizada dependiendo de la fase en la que se encuentre el paciente, implementando los cuidados desde atención primaria hasta la atención hospitalaria en caso necesario, con una serie de pautas y coordinación entre los profesionales sanitarios, sin que ello suponga más agravantes para el paciente o la familia.

3) Autonomía del paciente: se debe otorgar la mayor calidad de vida, dignidad y autonomía si es posible al paciente, manteniéndolo informado para que pueda tomar las decisiones y participar en el proceso de atención.

4) Formación: La formación es el pilar básico en el proceso de atención en los cuidados paliativos, los profesionales sanitarios deben formarse continuamente para otorgar los mejores cuidados, para lo que la administración debe poner al alcance de los sanitarios los medios necesarios para que se formen.

5) Investigación: La continuidad de estudios sobre los cuidados, pone de manifiesto una mejora en la calidad asistencial que se puede brindar a los enfermos en fase terminal, para ello se debe conseguir implicación por parte de todas las administraciones y no solo por parte de los profesionales sanitarios (Pascual, 2008).

La información que recibe el niño sobre el proceso de su enfermedad varía con respecto a su edad:

1) De 0 a 2 años no perciben la muerte como algo real, pero la falta de información la perciben como algo malo, por lo que se debe proporcionar el mayor bienestar físico.

2) De 3 a 6 años, el niño ha empezado a desarrollar su pensamiento, percibe la muerte como algo mágico que es reversible, y si es malo puede ser a consecuencia de un castigo. Minimizar la separación con los progenitores y corregir las creencias de que su enfermedad es un castigo ayuda al afrontamiento de su enfermedad.

3) De 7 a 11 años ya ha desarrollado un pensamiento lógico sobre la situación que vive. La muerte como concepto empieza a tomar forma y consciencia de que es irreversible, pero por accidentes no relacionados con enfermedades biológicas. Las intervenciones a esta edad irán encaminadas a proporcionar la información sobre su proceso y responder las preguntas que puedan surgir. Limitar el sentimiento de abandono o soledad facilitando el acceso a sus familiares.

4) A partir de los 12 años el niño ya posee un pensamiento abstracto, con capacidad de razonar y reflexionar, entiende que la muerte es irreversible e inevitable, que todas las personas van a morir, aunque se tiene miedo a lo que pueda ocurrir. Ante esta situación se reforzará la autoestima del menor, dejándole expresar sus sentimientos, proveer toda la privacidad posible e independencia y permitir la participación en la toma de decisiones sobre su propia enfermedad (García et al., 2008; Nuñez et al., 2009).

En un estudio sobre las repercusiones sociales que conlleva el cáncer infantil, realizado por Muñoz et al. (2015) una de las enfermedades que cursa con más necesidad de cuidados paliativos, aunque no es la única, se entrevistó a 51 padres, que evidenció que el curso de la enfermedad cursa con padecimientos de síntomas físicos en los progenitores, entre estos síntomas destacaba el cansancio (con una media de 3.07 y desviación típica de 1.46. Las consecuencias de la enfermedad a largo plazo incidían en la aparición de estrés ($M=4.30$ y $DT=0.88$) al igual que la espera de resultados de pruebas concluyente ($M=4.22$ y $DT=0.99$) y noticias médicas ($M=4.10$ y $DT=1.06$). Las respuestas sobre el apoyo que recibieron por parte del equipo sanitario fueron favorables ($M=4.33$ y $DT=0.92$).

En otro estudio realizado por García et al. (2008) para evaluar los cuidados recibidos por parte del personal sanitario de la unidad de cuidados intensivos, se intentó contactar con 118 familias, de estas tan sólo se pudo contactar con 85, pero accedieron a participar en el estudio 26 familias. Tan sólo el 38% de los padres entrevistados (26 padres y 26 madres) estuvieron junto a su hijo en el momento del fallecimiento, sin embargo, el 64% consideró que es positivo estar presente en ese momento y tan sólo el 23% de los entrevistados valoraron como suficiente el tiempo que las unidades de cuidados intensivos permiten a la familia.

Discusión/Conclusiones

La bibliografía revisada ofrece una visión clara de cómo deben ser los cuidados paliativos al final de la vida en la población pediátrica, todas se ponen de acuerdo en que la familia debe estar junto al niño y debe estar informada en todo momento sobre el proceso de la enfermedad, incluido el paciente adaptando la información a la edad de comprensión del menor.

Sin embargo, los estudios que se realizaron demuestran que en la práctica clínica no se permite a los padres la estancia con el menor todo el tiempo en las unidades de cuidados intensivos, relegando este tiempo a tan sólo las horas de visita.

La enfermedad crónica de un menor ocasiona tanto en el niño como en la familia un gran impacto emocional y físico, por tanto, los cuidados que se deben prestar han de ser excelentes, la vida en el hospital para el paciente pediátrico puede resultar traumática, por lo que se intenta que permanezca en un entorno menos hostil el máximo tiempo posible, como es el propio domicilio familiar para lo que debe de haber una buena comunicación y coordinación entre los equipos de atención primaria y de hospitalización (Núñez et al., 2009). Es aquí donde enfermería juega un papel fundamental, ya que es la encargada de dar los cuidados paliativos tanto a nivel hospitalario como en las múltiples visitas domiciliarias, y su vez debe educar y dar apoyo tanto a la familia como al menor sobre sus cuidados.

Para poder ofrecer todos estos cuidados es necesaria más investigación y formación por parte del personal sanitario que esté destinado a las unidades de pediatría, cuidados intensivos y de Oncohematología ya que su labor no es sólo curar y cuidar una enfermedad, sino que además deben abordar tanto el sufrimiento físico, emocional y social del niño como de la familia.

Referencias

- Acinas, M. (2012). Burn-out y desgaste por empatía en profesionales de cuidados paliativos. *Revista digital de medicina psicosomática y psicoterapia*, 2(4), 1-22.
- Alberti, M., Lores, R., y Menchaca, A. (2008). Cuidados paliativos en la unidad de cuidados intensivos pediátricos. *Revista Médica del Uruguay*, 24(1), 50-55.
- Barbero, J., y Díaz, L. (2007). Diez cuestiones inquietantes en cuidados paliativos. In *Anales del sistema sanitario de Navarra*, 30(1), 71-86.
- Chirino, Y., y Gamboa, D. (2010). Cuidados paliativos en pediatría. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*, 67(3), 270-280.
- Del-Rincón, C., Martino, R., Catá, E., y Montalvo, G. (2008). Cuidados paliativos pediátricos. El afrontamiento de la muerte en el niño oncológico. *Psicooncología*, 5(2/3), 425.

- Del-Río, I., y Palma, A. (2007). Cuidados paliativos: historia y desarrollo. *Boletín escuela de medicina uc, Pontificia universidad católica de Chile*, 32(1), 16-22.
- Espinosa, G., Mancilla, H., Venegas, J.M., y Rodríguez, J. (2009). Experiencias en cuidados paliativos en el Instituto Nacional de Pediatría. *Revista Mexicana de*, 76(2).
- França, S., Costa, D., Lopes, L., Nóbrega, D., y França, D. (2013). The importance of communication in pediatric oncology palliative care: focus on Humanistic Nursing Theory. *Revista latino-americana de enfermagem*, 21(3), 780-786.
- García, T., Martínez, D., Moraleda, S., López, P., Moreno, T., San-José, B., Martínez, M., Tapia, R., y Ruza, F. (2008). Cuidados al final de la vida en una unidad de cuidados intensivos pediátricos: evaluación por parte del personal y de los padres. In *Anales de Pediatría*, 68(4), 346-352.
- González, C., Méndez, J., Romero, J.I., Bustamente, J., Castro, R., y Jiménez, M. (2012). Cuidados paliativos en México. *Revista Médica Hospital General de México*, 75(3), 173-179.
- Muñoz, P., Nieto, B., Méndez, J.M., Morillejo, A., y Carrique, C. (2015). Repercusiones psicosociales del cáncer infantil: apoyo social y salud en familias afectadas. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 47(2), 93-101.
- Núñez, H., González, L., Del-Palacio, C., Cabrera, L., Alba, M., López, M., y Martínez, P. (2009). Hablar de la muerte al final de la vida: el niño con cáncer en fase terminal. In *Anales de pediatría*, 71(5), 419-426.
- Organización mundial de la Salud (2014). Recuperado de <http://www.who.int>
- Pascual, A. (2008). La estrategia en cuidados paliativos del Sistema Nacional de Salud. *Psicooncología*, 5(2/3), 217.
- Reverte, L., Gil, R., Toro, B., García, J., y Batiste, G. (2008). Intervención psicológica en Cuidados Paliativos. Análisis de los servicios prestados en España. *Medicina Paliativa*, 15(1), 39-44.
- Vallejo, F., y Garduño, A. (2014). Cuidados paliativos en pediatría. *Acta pediátrica de México*, 35(5), 428-435.

CAPÍTULO 25

Papel de la enfermería escolar en España

Belén Espinosa Alcocer*, Isabel María Uroz Martín**, y Gloria González Moreno**

**Diplomada en Enfermería; **Hospital Torrecárdenas*

Introducción

En la actualidad la enfermera escolar es una profesional que está tomando cada vez más importancia. El estudio del papel de la enfermería escolar en España y su comparación con otros países puede favorecer su implantación generalizada en nuestro país.

La enfermera escolar se define como una enfermera con un título oficial universitario y una formación específica que realiza su labor en el colegio. Esta figura presta atención y cuidados sanitarios al alumnado, profesores, madres y padres de alumnos y todas las personas que forman parte del ámbito escolar. Está encaminada a ayudar en el desarrollo de la comunidad educativa y es necesario para ello que esté presente en el colegio durante todo el horario del mismo (Navarro, 2016)

La enfermería escolar, ayuda al desarrollo óptimo del alumno proporcionándole educación en salud y protegiéndolo en los momentos en los que carece de ella. Con esto se consigue una calidad en la educación que también facilita su avance académico. “Las enfermeras escolares, basadas en la práctica ética y basada en la evidencia, son las líderes que unen la atención médica y la educación, proveen coordinación de cuidado, promueven la calidad del cuidado centrado en el estudiante y colaboran para diseñar sistemas que permitan a las personas y comunidades desarrollar todo su potencial” (NASN, 2017).

Para el desarrollo de toda persona es fundamental educarla en salud. Los problemas y cuestiones de salud escolar deben ser atendidos por los profesionales adecuados, y éstos son los profesionales de enfermería (Guallart, Alemán, López, Zamora, González, y Frutos, 2014).

El colegio es un lugar en el que gran parte de la sociedad pasa muchas horas del día durante toda su infancia y adolescencia por lo que es un centro en el que hay que pensar que sería muy efectiva la promoción de la salud. También en estas etapas de desarrollo es más fácil que se aprendan actitudes y hábitos saludables que les acompañarán toda su vida (García, 1998).

La OMS define la Educación para la Salud como una “actividad educativa diseñada para ampliar el conocimiento en la población en relación con la salud y desarrollar los valores y habilidades que promuevan salud” y plantea la escuela como un espacio privilegiado para su desarrollo (González, García, y Rodríguez, 2013).

La enfermera escolar surgió en Europa a finales del siglo XIX y en EEUU a principios del siglo XX.

Por tanto, no es un tema nuevo, sino que esta figura tiene más de cien años de historia. A partir de entonces, se fué consolidando por Europa y EEUU hasta ahora, que está institucionalizada en EEUU, Francia, Reino Unido, Alemania, Suecia, Escocia, Suiza etc.

Según Encinar (2015), la enfermera en EEUU se encuentra en más del 75% de las escuelas durante todo el horario escolar. En Reino Unido se le da mucha importancia a la enfermera escolar así que es una especialidad dentro de los estudios universitarios. En Francia existe “l’infirmier de l’Éducation nationale”. Escocia tiene al menos una enfermera en cada colegio y en Suecia hay una enfermera cada 2-5 colegios.

En España en el año 1994 se publicó la Ley de Salud Escolar (Ley 1/1994), la cual definía que la prevención de enfermedades y la promoción de la salud en la comunidad escolar, debería devenir desde los centros de Atención Primaria de Salud. Según esta Ley, corresponde a la Conserjería de Sanidad, y

por ende, a los profesionales sanitarios, “...efectuar estudios y propuestas en materia de Educación para la Salud, para mejorar el estado de salud de la población” (Fernández, Rebolledo, y Velandia, 2006)

En nuestro país existe en colegios privados y de carácter extranjero (Liceo Francés, Americano Puçol, Caxton, Colegio Internacional Auxias March, etc). (Consejo de enfermería de la comunidad valenciana, 2011).

La enfermera escolar está presente en comunidades como Madrid, en la que está presente en alrededor de 100 colegios (asociación diabetes madrid, 2014) en los colegios públicos donde integran niños con problemas de salud. En la comunidad de Madrid lleva más de treinta años ejerciendo su labor con niños y jóvenes, inicialmente en Centros de Educación Especial y, posteriormente, y tras sucesivas legislaciones al respecto, en Escuelas Infantiles, Colegios de Infantil, Primaria y Secundaria, tanto públicos como privados y concertados. La enfermera en los centros escolares, dentro de la comunidad educativa, es un valor añadido, eficaz y eficiente que, junto con el equipo docente, trabaja para normalizar la vida diaria del niño con necesidades educativas especiales y enfermedades crónicas y fomentan hábitos de vida saludables en toda la población escolar y comunidad educativa (López y González, 2012).

En Comunidades como en la Valenciana o Murciana se está desarrollando un importante movimiento reivindicativo, consiguiendo el compromiso de una implantación progresiva (Ortiz, 2009).

En el artículo del periódico ABC de Sevilla del 30 de junio de 2017 se cita “El Parlamento aprueba la figura de las enfermeras escolares para los centros de Andalucía”. El sindicato de enfermería Satse así como la confederación andaluza de asociaciones de madres y padres (Confedampa) vienen pidiendo que haya una enfermera en cada colegio de Andalucía y que sea mantenida con fondos públicos y según citan se ha aprobado. Según ambas asociaciones, la enfermera fomentaría hábitos de vida saludables, mejoraría la calidad de vida escolar de los niños con enfermedades y ayudaría a evitar el absentismo escolar (ABC sevilla, 2017).

Hoy en día existen numerosas enfermedades infantiles como son el asma, diabetes, espina bífida alérgias, etc que hacen que los niños tengan problemas para estar en el colegio y hacen que tengan que faltar mucho a clase para recibir cuidados sanitarios. La presencia de enfermera escolar permitiría que estos niños puedan estar bien integrados en la comunidad escolar y sus necesidades en materia de salud estén cubiertas. Así mismo, hay una gran población juvenil con problemas de drogas, obesidad, embarazos no deseados e infecciones de transmisión sexual, para los que la educación en salud sería muy necesaria y la enfermera el profesional clave para impartirla (Ortiz, 2009).

Objetivo

El objetivo de este trabajo es analizar el papel de la enfermería escolar y la importancia que tiene sobre la salud de los niños y sus familias.

Metodología

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica de textos sobre la enfermería escolar, su papel y sus beneficios sobre la salud de la comunidad, desde el año 1998 hasta la actualidad.

Para ello, se ha realizado una búsqueda bibliográfica consultando diferentes bases de datos:

Biblioteca Cochrane Plus, Trip Database, OT Seeker, Pubmed (Medline), Science Direct, Dialnet y SciELO.

Descriptores

Como descriptores de búsqueda se han utilizado: “enfermería”, “escolar”, “enfermera escolar”, “españa”, “diabetes”, “asma”, “niños”, “school”, “nurses”, siendo todos ellos combinados con la finalidad de conseguir el mayor número posible de artículos relacionados con la temática principal.

Fórmulas de búsqueda

Enfermera AND escolar AND España, enfermería AND escolar AND España, school AND nurses.

Resultados

Como resultados tenemos dos partes que vamos a diferenciar. La primera sería la función o funciones que realiza la enfermera en el colegio y la segunda serían los beneficios de esta figura en la escuela.

1. *Funciones de la Enfermería escolar:*

Ortiz (2009) y Roldán (2013), dividen en cuatro las funciones de la enfermera escolar. Éstas serían:

- a. Función Asistencial.
- b. Función Docente.
- c. Función Investigadora.
- d. Función Gestora.

A) Función asistencial

Sirviéndose de los conocimientos del método científico enfermero, presta atención sanitaria dentro de sus capacidades tanto a alumnos como al personal docente del centro escolar. Para ello utiliza el Proceso de Enfermería (valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación). Ésto se traduce en las actividades de: exámenes de salud, administración de tratamientos a los alumnos que los requieran por su enfermedad o enfermedades y estén prescritos por su médico, control de alergias e intolerancias alimentarias, actuar ante urgencias y emergencias que se puedan producir, así como el control de las enfermedades crónicas de los escolares, si así lo requieren por parte del médico en colaboración con los mismos, con los profesores y los familiares.

Otras actividades son las encaminadas a la promoción y protección de la salud, identificando y valorando las necesidades de salud en cada caso y detección precoz de problemas que se dan frecuentemente en la edad escolar.

Atender a todas las personas del centro en la consulta de enfermería, derivando al paciente al centro sanitario de referencia cuando fuera necesario.

Diariamente se realiza una historia propia de Enfermería y protocolos de actuación concretos para cada grupo escolar. Se controlan a los alumnos con alguna enfermedad crónica (diabetes, asma, epilepsia) para su normalización dentro del centro.

La enfermera escolar también se dedica a tener un control de los informes médicos y autorización de administración de medicamentos de cada niño así como sus historias clínicas.

La enfermera escolar es el enlace entre el colegio y el centro de salud.

B) Función Docente

La función docente consiste en la creación y realización de programas individualizados a los alumnos, programas de educación para la salud a las familias y a los profesionales del Centro y programas de Educación para la Salud propios del medio escolar en colaboración con otros profesionales. La enfermera docente realiza educación para la salud:

- Promoviendo la adquisición de hábitos saludables a través de juegos, seminarios, talleres etc.
- Formando a los padres y madres y todo el equipo escolar sobre los problemas de salud más frecuentes en el centro, actuación ante urgencias, prevención de accidentes etc.
- También asesoran sobre las condiciones comunes de la infancia, como el asma, la diabetes y el eccema, trabajando en estrecha colaboración con los médicos generales, los visitantes de salud y otro personal de salud y asistencia social.

C) Función Investigadora

Esta función consiste en mejorar el conocimiento enfermero en enfermería escolar, abordando la realidad con rigor metodológico para que hay un desarrollo de la base científica en este campo.

La enfermera estudia las necesidades de salud realizando análisis descriptivo, priorización y programación.

Desarrollar estudios científicos orientados a conocer la situación de los escolares en materia de salud y hábitos de vida y posteriormente a las actividades formativas realizar nuevos estudios comparativos. También se puede colaborar con otros grupos de investigación pudiendo relajar actividades en el colegio y participar en congresos y revistas científicas dando a conocer dicha labor.

2. Función Gestora

Como su nombre indica, esta función consiste en gestionar todas las actuaciones enfermeras y los recursos con los que cuenta de la mejor manera posible.

La enfermera se encarga de coordinar todos los niveles de salud que afectan a los escolares, gestionar la información de salud de cada uno, como hemos dicho antes, y controlar los recursos que necesita.

Por otro lado, la Asociación Nacional de Enfermeras Escolares de EEUU (NASN, USA 2017) identifica 7 roles principales que la enfermera escolar cumple para fomentar el cuidado infantil y salud adolescente y éxito educativo. Éstos 7 roles son:

- Atención directa a los escolares. Atención en lesiones que se produzcan y también atención a los estudiantes con necesidades especiales de atención médica.
- Evaluar el sistema de cuidados y desarrollar un plan para que se garanticen los cuidados en salud en la escuela.
- Realizar exámenes de salud para detectar precozmente problemas (por ejemplo, examen de la vista, audición o IMC)
- Promover un ambiente saludable en el colegio. (detectar enfermedades infecciosas, comunicar enfermedades transmisibles, seguridad ambiental etc.)
- Proporcionar información y educación en salud. Educación en alimentación, ejercicio, salud bucal, cese del tabaquismo etc...
- Liderar políticas de salud escolar.
- Enlazar la comunidad escolar, familia, centro sanitario y comunidad.

3. Beneficios de la enfermería escolar:

Cada una de las funciones de la enfermera escolar mencionadas anteriormente, se traduce un beneficio para la salud de la comunidad.

Por citar algunos beneficios en concreto, mejora la integración de niños con problemas de salud en el medio escolar, como el asma, diabetes, alergias, etc... Como cita Hanley (2015), el asma infantil es una enfermedad crónica muy frecuente en la infancia y cada vez más. Además, es una de las principales causas de absentismo escolar. Las enfermeras escolares desempeñan un papel valioso en el manejo del asma.

Beneficio económico. Según la Organización Colegial de Enfermería, en una noticia, menciona que se ha realizado un estudio en el estado de Massachusetts, EEUU, entre los años 2009 y 2010 en el que se demostró que el servicio de enfermería escolar redujo las consultas médicas y las horas sin trabajar de padres, madres y docentes con el consiguiente ahorro económico. Por lo que la enfermera escolar es una buena inversión en salud.

Beneficios en la prevención de la enfermedad y hábitos de vida saludables. Al servir como miembro del equipo en la provisión de servicios preventivos, identificación temprana de problemas, intervenciones y referencias para fomentar el éxito educativo y de salud es clave en la lucha contra la enfermedad antes de que suceda. (American Academy of Pediatrics, 2008).

Un ejemplo de prevención de la enfermedad es el que plantea Martínez, Sancho, y Martínez, 2011. Este artículo propone planificar dentro de las actividades de prevención de la enfermera escolar un taller de detección precoz de neoplasias testiculares. Proponen que se incluya dentro de un grupo de actividades formativas de higiene y conocimiento del propio cuerpo para que los alumnos puedan detectar posibles alteraciones.

Discusión/Conclusiones

Como conclusión podemos decir que el papel de la enfermera escolar varía dependiendo del centro y del lugar, teniendo en común sus beneficios para la salud de la comunidad.

Para que el cuidado y la atención en salud de los escolares sea integral es necesario que el papel de la enfermera esté presente para realizar actividades de educación junto con los demás miembros del equipo escolar y centros sanitarios. (Gueterres, Rosa, Silveira, y Wendel 2017).

La Asociación madrileña de enfermería en centros educativos (AMECE) apuesta por la enfermería escolar y la instauración del profesional de enfermería en todos los centros educativos de España, reconociendo sus competencias profesionales.

También hemos visto que hay una creciente demanda social de la enfermera en los centros educativos.

De acuerdo con los documentos consultados como los artículos de Ortiz (2009) y Roldán (2013), Hanley (2015), American Academy of Pediatrics (2008) etc. podemos decir que las funciones de la enfermería escolar son muchas y muy importantes y que su papel en la enfermería escolar es primordial, tanto en la atención inmediata como en la promoción de la salud y prevención de enfermedades. No hemos encontrado ningún aspecto negativo sobre la inclusión de este profesional.

Cabe destacar la necesidad de incorporar la presencia de la enfermera en todos los colegios mediante leyes que lo amparen (Guallart, Alemán, López, Zamora, González, y Frutos, 2014)

Por otra parte, se constata también la necesidad de más recursos y tiempo para que la enfermera escolar pueda llevar a cabo sus numerosas funciones, Hanley (2015).

Para terminar, se requiere mayor investigación sobre el tema y en tema económico, en España se debería realizar un estudio similar al de Massachusetts para valorar la rentabilidad económica de la figura de la enfermera.

Referencias

- American Academy of Pediatrics. (2008). Role of the school nurse in providing school health services. *Pediatrics*, 121, 1052-1056.
- Asociación de diabetes de Madrid. (2014). Recuperado de: <https://diabetesmadrid.org/listado-de-colegios-de-la-comunidad-de-madrid-con-enfermera/>
- Consejo de enfermería de la comunidad valenciana, (2011). *Servicio de Enfermería Escolar en los Centros Educativos. Propuesta de implantación del servicio de enfermería escolar*. Recuperado de: <https://adacjuvenil.files.wordpress.com/2011/06/propuesta-definitiva-2011-12.pdf>
- Encinar, A. (2015). Enfermería escolar, la situación hoy en día. *Revista enfermería castilla y León*, 7(1).
- Fernández, F.; Rebollo, D.M.; y Velandia, A.L. (2006). Salud escolar, ¿Por qué el profesional de enfermería en las escuelas españolas? *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, Enero-Diciembre, 21-28.
- García, I. (1998). Promoción de la salud en el medio escolar. *Revista Española de Salud Pública*, 72(4), 285-287. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271998000400001&lng=es&tlng=es.
- González, N.I, García, P., y Rodríguez, S.C. (2013). Educación para la Salud en centros educativos. *Metas Enfermería*, 16(5), 68-72.
- Guallart, P., Alemán, A., López, C., Zamora, P., González, J., y Frutos, A. (2014). Salud, jóvenes y enfermería escolar. Una revisión bibliográfica. *Revista Paraninfo Digital*, 20. Recuperado de: <http://www.index-f.com/para/n20/316.php>
- Gueterres, É., Costa, R., de Oliveira E., Silveira, A., y Dos Santos, W.M., (2017). Educación para la salud en el contexto escolar: estudio de revisión integradora. *Enfermería Global*, 16(46), 464-499. <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.2.235801>
- Hanley, E. (2015) Barriers to Asthma Management for School Nurses, *The Journal of School Nursing*, 32(2), 86-98.
- López, N., y González, N. (2012) Antecedentes históricos y perfil de la enfermera escolar. *Metas de Enfermería*, 15(7), 50-54.
- Martínez, A., Sancho, D., y Martínez, C. (2011). Importancia de la enfermera escolar en la detección de la neoplasia testicular. *Enfermería Global*, 10(22). Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169561412011000200022&lng=es&tlng=es.
- Maughan, E. (2003) The Impact of School Nursing on School Performance: A Research Synthesis. *The Journal of School Nursing*, 19, 163. doi: 10.1177/10598405030190030701 The Journal of School Nursing
- National Association of school nurses. NASN, USA 2017. What is the definition of school nursing? Recuperado de: <https://www.nasn.org/faq>
- Navarro, M. (2016). *Enfermería Escolar: Una revisión bibliográfica*. Trabajo Fin de Grado. Univesitat Rovira y Virgili. Recuperado de: <http://acise.cat/wp-content/uploads/2017/03/treball-de-fi-de-grau-1.pdf>
- Organización colegial de enfermería. *La presencia de enfermeras escolares ahorra costes al sistema, según un estudio*. Consejo general de colegios de enfermería de España, sala de prensa, noticias. Recuperado de:

<http://www.consejogeneralenfermeria.org/index.php/sala-de-prensa/noticias/item/5152-las-enfermeras-escolares-reducen-gastos-seg%C3%BAAn-un-estudio>.

Ortiz, M. (2009) *Perfil profesional de la enfermería escolar*. Recuperado de: <https://www.fedesp.es/bddocumentos/9/perfil-de-la-enfermera-escolar.pdf>

Periódico ABC de Sevilla. (2017). Recuperado de: http://sevilla.abc.es/andalucia/sevi-parlamento-aprueba-figura-enfermeras-escolares-para-centros-andalucia-201706291900_noticia.html

Roldán, C. (2013) *Enfermería escolar, la gran desconocida*. Colegio oficial de enfermería de Madrid codem. Recuperado de: <https://www.codem.es/actualidad/enfermeria-escolar-gran-desconocida>.

CAPÍTULO 26

Estudio descriptivo del burnout y bienestar académico en estudiantes de ciencias de la salud

África Martos, M^a del Carmen Pérez-Fuentes, M^a del Mar Molero, Ana B. Barragán, M^a del Mar Simón, Carmen M^a Hernández-Garre, y José Jesús Gázquez
Universidad de Almería

Introducción

Uno de los objetivos fundamentales del sistema educativo, es la transmisión de conocimientos al alumnado. Así, asegurar que esta transmisión se produzca en las mejores condiciones posibles es un reto para la sociedad actual, especialmente teniendo en cuenta la alta tasa de abandono entre los estudiantes de todos los niveles educativos, siendo necesario para ello conocer los factores individuales que influyen en este proceso (Parra y Pérez, 2010; Quevedo-Blasco, Quevedo-Blasco, y Téllez, 2016).

En este contexto, aparece el concepto “Engagement” o compromiso académico, que se aproxima al proceso educativo desde una óptica positiva y que hace referencia a la sensación de bienestar del alumno ante un desafío académico, es decir, a la calidad del esfuerzo que el estudiante realiza para alcanzar resultados académicos positivos (Cavazos y Encinas, 2016). Dicho constructo, tiene su germen en el concepto opuesto, es decir, en el Síndrome de Burnout, el cual hace referencia al estrés que sufren los individuos que trabajan en contacto con otras personas, y que fue descrito inicialmente por el psicoanalista Freudenberger (1974).

Los estudiantes, especialmente aquellos que se encuentran matriculados en la Universidad, se ven frecuentemente inmersos en situaciones, actividades y eventos académicos que generan estrés y ansiedad (Vizoso y Arias, 2016). Entre ellos se encuentran los exámenes y pruebas, la realización de trabajos obligatorios, la escasez de tiempo y la sobrecarga de tarea (Arribas, 2013; Cabanach, Souto, Freire, y Ferradás, 2014). De esta forma, cuando la exposición a los estresores se produce de forma habitual y el individuo carece de estrategias para afrontarlos de forma adecuada, se puede generar burnout académico (Salanova, Martínez, y Lloréns, 2014; Schaufeli y Salanova, 2007), el cual estaría presente entre aquellos estudiantes que presentan altos niveles de cansancio emocional o agotamiento y de cinismo hacia los estudios y, a su vez, presentan una baja eficacia respecto a las actividades del ámbito académico (Bresó, Schaufeli, y Salanova, 2011). Por ello, son muchos los estudios que evalúan la presencia de este síndrome entre estudiantes, especialmente entre jóvenes que cursan titulaciones relacionadas con las ciencias de la salud (González-Cabanach, Souto, Fernández, y Freire, 2011; Ortega, Rosa, y Martínez, 2014; Peralta-Ayala y Moya, 2017; Saliba et al., 2012).

El burnout académico en estudiantes se ha relacionado con estrés y angustia, baja inteligencia emocional, apoyo social percibido, resiliencia, autoeficacia percibida y variables de personalidad, entre otros factores (Carrasco, de la Corte, y León, 2010; Extremera, Durán, y Rey, 2007; Ortega, Rosa, y Martínez, 2014; Schwarzer y Hallum, 2008). En el extremo opuesto, el engagement académico se relaciona con una alta percepción de autoeficacia; la lealtad del estudiante, es decir, con la probabilidad de que un estudiante se matricule en otros programas de la misma institución; el orden de prioridad en la elección de los estudios que cursa; elevado rendimiento académico; el clima motivacional; la relación entre profesores y alumnos, la satisfacción con la vida y la adaptación escolar (Archambault, Janosz, Fallu, y Pagani, 2009; Bresó, Schaufeli, y Salanova, 2011; Butler, 2006; Cavazos y Encinas, 2016; Elmore y Huebner, 2010; González y Porto, 2013; Jang, Reeve, y Deci, 2010; Korobova y Starobin,

2015; Li y Lerner, 2013; Pena y Extremera, 2012; Tomás, Gutiérrez, Sancho, Chireac, y Romo, 2016; Vizoso y Arias, 2016; Wang y Fredricks, 2014).

Siguiendo a Londoño (2015), la calidad de vida y la salud percibida de los individuos, se ve afectada por los niveles de Burnout y el Engagement. Por tanto, no solo es necesario conocer las características del Burnout, para su abordaje y prevención entre los estudiantes y los profesionales, sino que debemos abordar el estudio del engagement en estos colectivos, de manera que se promuevan procesos formativos y laborales saludables (Carrasco, de la Corte, y León, 2010; Marsollier y Aparicio, 2013). Debido a ello, el objetivo de este estudio fue analizar el nivel de burnout y engagement en estudiantes de ciencias de la salud, así como la salud percibida en estos.

Método

Participantes

La muestra estuvo constituida por 63 sujetos, que realizaban estudios superiores relacionados con las ciencias de la salud. En relación a los estudios que cursaban, el 58,7% ($N=37$) eran estudiantes universitarios de enfermería, frente al 41,3% ($N=26$) que estaba realizando formación profesional en Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería.

La edad de los participantes estuvo comprendida entre los 20 y los 51 años de edad, con una media de 32,41 años ($DT=8,48$). En relación al género de los participantes, el 30,2% ($N=19$) eran hombres, con una media de 31,58 años ($DT=8,76$). Mientras que el 69,8% ($N=44$) eran mujeres, con una media de 32,77 años ($DT=8,44$).

En cuanto al estado civil de los participantes, el 58,7% ($N=37$) eran solteros, el 36,5% ($N=23$) tenían pareja estable o estaban casados, y el restante 4,8% ($N=3$), se encontraban separados o divorciados.

Instrumentos

Cuestionario *ad hoc* para la recogida de datos sociodemográficos. Además, a través de este cuestionario se evaluó el estado de salud percibido. Las opciones de respuesta eran tipo Likert de cinco opciones. De esta forma, el sujeto debía señalar aquella valoración sobre el estado de su salud que mejor se ajustase a sus creencias.

Maslach Burnout Inventory (MBI; Maslach y Jackson, 1986), concretamente, se utilizó la adaptación para estudiantes (Schaufeli, Martínez, Pinto, y Salanova, 2002). Este cuestionario evalúa los sentimientos y actitudes los estudiantes hacia su actividad académica, midiendo el desgaste a través de la frecuencia y la intensidad de este. Para ello, se vale de 11 ítems, agrupados en tres subescalas (agotamiento emocional, despersonalización y eficacia académica). Así, el primer factor agotamiento emocional, valora la vivencia o sentimiento de encontrarse física, mental y emocionalmente exhausto, y con una sensación de no poder dar más de sí mismo frente a las actividades académicas. La subescalas de despersonalización o incredulidad, evalúa sus estudios, evidenciada por la autocrítica, desvalorización, pérdida del interés y de la trascendencia y valor frente al estudio. Por último, la subescala "realización profesional", evalúa los sentimientos de autoeficacia y realización personal en los estudios. Cada ítem es valorado a través de una escala tipo Likert de 7 puntos (siendo 0 nunca y 6 todos los días) a través de los cuales se pide al sujeto que valore la frecuencia con la que siente lo indicado en cada enunciado.

Escala de Bienestar en el Contexto Académico (UWES-S; Schaufeli, Salanova, Gonzalez-Romá, y Bakker, 2002). Consta de 17 ítems que miden el grado de compromiso/implicación y bienestar del estudiante con la esfera académica, distribuidos en tres subescalas: Vigor, Dedicación y Absorción. La literatura sobre el *engagement* académico en que se ha empleado la Utrecht Work Engagement Scale Student es limitada. No obstante, Schaufeli y Bakker (2003) reportan una estructura factorial de tres elementos, con los siguientes coeficientes de fiabilidad: vigor (0,73) dedicación (0,76) y absorción (0,70).

Procedimiento y análisis de datos

Todos los sujetos que participaron lo hicieron de forma voluntaria y fueron informados de que el cuestionario era anónimo, no debiendo incluir ningún dato personal que pudiese identificarlos.

El análisis estadístico fue realizado mediante la versión 23.0 del programa estadístico SPSS. Los parámetros descriptivos fueron realizados a través de análisis de frecuencias y descriptivos. Además, se usó la prueba *t* de Student para conocer si existían o no diferencias significativas en cuanto a la relación entre la titulación y los 3 aspectos del síndrome de Burnout y los tres factores del Engagement, así como entre el sexo de los participantes y las variables Bournout y Engament.

Además, se llevó a cabo una correlación de Pearson, para conocer la relación entre la autoeficacia general, las tres subescalas del síndrome de Burnout, el estado de salud percibido y los tres factores del Engagement de los participantes.

Resultados

Los resultados muestran que, en relación los tres dimensiones de burnout, tras comparar el grupo de estudiantes de la titulación de enfermería y los estudiantes del módulo de formación profesional de Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería, encontramos que los estudiantes de Enfermería presentan menores niveles de agotamiento y eficacia académica que los estudiantes de módulo superior, aunque estas diferencias no fueron estadísticamente significativas (Tabla 1). Igualmente, en cuanto al Engagement, los resultados mostraron que los estudiantes de TCAE puntúan menos en las subescalas vigor y dedicación, y más que los estudiantes de enfermería en absorción, sin embargo, las diferencias no fueron significativas (Tabla 2).

Tabla 1. Burnout. Descriptivos y prueba *t* según titulación

Cuestionario MBI	Titulación						<i>t</i>	<i>p</i>
	Enfermería			TCAE				
	<i>N</i>	<i>Media</i>	<i>DT</i>	<i>N</i>	<i>Media</i>	<i>DT</i>		
Agotamiento	37	3,83	1,45	26	4,32	1,28	-1,37	,17
Cinismo	37	4,01	,97	26	3,80	1,26	,73	,46
Eficacia académica	37	3,94	,95	26	3,97	1,27	-,07	,93

p*<,05; *p*<,01; ****p*<,001

Tabla 2. Engagement. Descriptivos y prueba *t* según titulación

Cuestionario UWES	Titulación						<i>t</i>	<i>p</i>
	Enfermería			TCAE				
	<i>N</i>	<i>Media</i>	<i>DT</i>	<i>N</i>	<i>Media</i>	<i>DT</i>		
Vigor	37	3,83	,89	26	3,64	1,03	,75	,45
Dedicación	37	4,39	,78	26	4,32	,90	,29	,76
Absorción	37	2,79	1,19	26	2,93	1,45	-,42	,67

p*<,05; *p*<,01; ****p*<,001

Tabla 3. Burnout. Descriptivos y prueba *t* según sexo

Cuestionario MBI	Sexo						<i>t</i>	<i>p</i>
	Hombre			Mujer				
	<i>N</i>	<i>Media</i>	<i>DT</i>	<i>N</i>	<i>Media</i>	<i>DT</i>		
Agotamiento	19	3,71	1,31	44	4,17	1,42	-1,19	,23
Cinismo	19	3,43	1,24	44	4,13	,97	-2,39	,02
Eficacia académica	19	3,56	1,13	44	4,12	1,03	-1,91	,06

p*<,05; *p*<,01; ****p*<,001

En relación al sexo de los participantes, las mujeres puntúan más alto tanto en las tres escalas de burnout (agotamiento, cinismo y eficacia académica) y engagement (esto es vigor, dedicación y absorción académica), frente a los hombres. No obstante, estas diferencias no son estadísticamente significativas (ver tabla 3 y 4).

Tabla 4. Engagement. Descriptivos y prueba *t* según sexo

Cuestionario UWES	Sexo						<i>t</i>	<i>p</i>
	Hombre			Mujer				
	<i>N</i>	Media	<i>DT</i>	<i>N</i>	Media	<i>DT</i>		
Vigor	19	3,69	,85	44	3,78	,99	-,32	,74
Dedicación	19	4,27	,62	44	4,40	,90	-,59	,55
Absorción	19	2,82	1,45	44	2,86	1,24	-,10	,91

p*<,05; *p*<,01; ****p*<,001

Tabla 5. Matriz de correlación entre las variables Estado de Salud, Autoeficacia General, Burnout y Engagement

		Cinismo	Eficacia académica	Vigor	Dedicación	Absorción	Autoeficacia general	¿Cómo diría que es su estado de salud?
Agotamiento	Correlación de Pearson	,64***	,74***	,04	,17	-,12	,43***	,16
	Sig	,00	,00	,70	,17	,34	,00	,18
	<i>N</i>	63	63	63	63	63	63	63
Cinismo	Correlación de Pearson		,75***	,20	,32**	-,10	,33***	,06
	Sig		,00	,11	,01	,41	,00	,61
	<i>N</i>		63	63	63	63	63	63
Eficacia académica	Correlación de Pearson			,16	,27*	-,14	,46***	,06
	Sig			,20	,03	,25	,00	,60
	<i>N</i>			63	63	63	63	63
Vigor	Correlación de Pearson				,82***	,72***	,05	,13
	Sig				,00	,00	,67	,29
	<i>N</i>				63	63	63	63
Dedicación	Correlación de Pearson					,42***	,29*	,25*
	Sig					,00	,02	,04
	<i>N</i>					63	63	63
Absorción	Correlación de Pearson						-,17	,02
	Sig						,18	,87
	<i>N</i>						63	63
Autoeficacia General	Correlación de Pearson							,18
	Sig							,14
	<i>N</i>							63

p*<,05; *p*<,01; ****p*<,001

En cuanto a la relación entre las variables estado de salud percibido, autoeficacia general y las tres subescalas de burnout y engagement, respectivamente, en estudiantes de ciencias de la salud, encontramos que el agotamiento emocional correlaciona positivamente con el cinismo ($r=.64$; $p<,001$), eficacia académica ($r=.74$; $p<,001$) y autoeficacia general ($r=.43$; $p<,001$). Lo que significa que los estudiantes de ciencias de la salud que se muestran exhaustos emocionalmente debido a las demandas de sus estudios, muestran más distancia e indiferencia respecto a sus estudios y tienen mayor percepción de autoeficacia.

Por otro lado, la subescalas del MBI cinismo, se encuentra relacionada de forma positiva con las subescalas eficacia académica ($r=.75$; $p<,001$), dedicación ($r=.32$; $p<,01$) y autoeficacia general ($r=.33$; $p<,001$). Lo que quiere decir que los jóvenes que muestran una actitud más distante respecto a sus estudios, presentan mayor sensación de ser competentes en sus estudios, mayor dedicación y se perciben como autoeficaces.

En cuanto a la eficacia en los estudios, esta se muestra relacionada con la dedicación ($r=.27$; $p<,05$) y con la autoeficacia general ($r=.46$; $p<,001$), por lo que, los jóvenes que sienten realizar de manera adecuada sus tareas y ser competentes en sus estudios muestran una mayor dedicación hacia estos y presentan una autoeficacia más alta.

La subescala vigor correlaciona positivamente con la dedicación ($r=.82$; $p<.001$) y la absorción ($r=.72$; $p<.001$). Además, dicha relación entre los tres factores es alta.

Por último, la dedicación hacia los estudios está relacionada con la absorción ($r=.42$; $p<.001$), la autoeficacia general ($r=.29$; $p<.05$) y la salud percibida ($r=.25$; $p<.05$). Esto es, los jóvenes que se encuentran altamente involucrados en sus estudios y que además muestran una aptitud entusiasta, muestran mayores niveles de concentración en inmersión en sus estudios, se sienten más eficaces a nivel general y creen que tiene un estado de salud adecuado.

Discusión/Conclusiones

De acuerdo a los resultados obtenidos, no existen diferencias estadísticamente significativas en Burnout y Engagement entre los estudiantes universitarios de enfermería y los jóvenes que cursan formación profesional de Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería. Esto estaría en disonancia con lo establecido por Vizoso y Arias (2016), quienes indican que los estudiantes, especialmente los universitarios, muestran síntomas de burnout. Por otro lado, tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas en ambas variables en función del sexo de los estudiantes.

Por otro lado, los tres factores de la escala MBI (agotamiento, cinismo y eficacia) se relacionan con autoeficacia general, lo que estaría en la misma línea de estudios como el de González-Cabanach, Souto, Fernández, y Freire (2011), quienes establecen que el burnout académico se relaciona con la autoeficacia del estudiante.

Por otro lado, se encontró que existía una relación positiva entre el factor dedicación del engagement y la salud percibida de los participantes. Así, de acuerdo a lo establecido por Londoño (2015), la salud percibida de los individuos se ve influenciada por el engagement, lo cual acentúa la necesidad de continuar con el estudio de esta variable para favorecer la salud entre los trabajadores y los estudiantes (Carrasco, de la Corte, y León, 2010; Marsollier y Aparicio, 2013).

En cuanto a las limitaciones de este estudio, debemos destacar el reducido tamaño de la muestra, así como la distribución por sexo de los participantes ya que, la mayor parte de los encuestados fueron mujeres.

Por último, debemos indicar la importancia de realizar estudios de este tipo, que señalen los niveles de burnout y engagement entre los estudiantes, así como las variables que influyen sobre dichos niveles, de manera que puedan tomarse medidas que faciliten la eliminación de los síntomas del síndrome de burnout en esta población, debido, especialmente, a los efectos sobre la salud y a nivel educativo que este tiene (Carrasco, de la Corte, y León, 2010; Marsollier y Aparicio, 2013; Parra y Pérez, 2010).

Agradecimientos

Parte de este trabajo se ha desarrollado gracias a la financiación del Plan Propio de Investigación 2015 de la Universidad de Almería, por la ayuda para la contratación de personal investigador en formación predoctoral, concedida a Ana Belén Barragán Martín, así como, gracias a la financiación de Formación de Profesorado Universitario en Áreas Deficitarias, Ayudas Gerty Cori, por la ayuda para la contratación de personal investigador en formación predoctoral, concedida a María del Mar Simón Márquez

Referencias

- Archambault, I., Janosz, M., Fallu, J.S., y Pagani, L.S. (2009). Student engagement and its relationship with early high school dropout. *Journal of Adolescence*, 32, 651-670.
- Arribas, J. (2013). Hacia un modelo causal de las dimensiones del estrés académico en estudiantes de Enfermería. *Revista de Educación*, 360, 533-556.
- Bresó, E., Schaufeli, W.B., y Salanova, M. (2011). Can a self-efficacy-based intervention decrease burnout, increase engagement, and enhance performance? A quasi-experimental study. *Higher Education*, 61, 339-355.

- Bresó, E., y Gracia, E. (2007). Bienestar psicológico en profesionales y estudiantes universitarios. Un estudio comparativo desde la Psicología Organizacional Positiva. *Revista de Psicología Social Aplicada*, 17, 23-38.
- Butler, R. (2006). Are mastery and ability goals both adaptive? Evaluation, initial goal construction and the quality of task engagement. *British Journal of Educational Psychology*, 76, 595-611.
- Cabanach, R.G., Souto, A., Freire, C., y Ferradás, M.M. (2014). Relaciones entre autoestima y estresores percibidos en estudiantes universitarios. *European Journal of Education and Psychology*, 7, 43-57.
- Carrasco, A.M., de la Corte, C.M., y León, J.M. (2010). Engagement: un recurso para optimizar la salud psicosocial en las organizaciones y prevenir el burnout y estrés laboral. *Revista Digital de Prevención*, 1, 1-22.
- Cavazos, J., y Encinas, F.C. (2016). Influencia del engagement académico en la lealtad de estudiantes de posgrado: un abordaje a través de un modelo de ecuaciones estructurales. *Estudios Gerenciales*, 32, 228-238. doi: 10.1016/j.estger.2016.07.001
- Elmore, G.M., y Huebner, E.S. (2010). Adolescents' satisfaction with school experiences: relationships with demographics, attachment relationships, and school engagement behavior. *Psychology in the Schools*, 47(6), 525-537.
- Extremera, N., Durán, A., y Rey, L. (2007). Inteligencia emocional y su relación con los niveles de burnout, engagement y estrés en estudiantes universitarios. *Revista de Educación*, 342, 239-256.
- Freudnberger, H.J. (1974). Staff burnout. *Journal of Society Issues*, 30(1), 159-165.
- González, M.T., y Porto, M. (2013). Programas de Cualificación Profesional Inicial: valoraciones e implicación de los alumnos en la Comunidad Autónoma de Murcia. *Revista de Educación, Extraordinario*, 210-235.
- González-Cabanach, R., Souto, A., Fernández, R., y Freire, C. (2011). Regulación emocional y burnout académico en estudiantes universitarios de Fisioterapia. *Revista de Investigación en Educación*, 9(2), 7-18.
- Jang, H., Reeve, J., y Deci, E.L. (2010). Engaging students in learning activities: It is not autonomy support or structure but autonomy support and structure. *Journal of Educational Psychology*, 102(3), 588-600.
- Korobova, N., y Starobin, S.S. (2015). A comparative study of student engagement, satisfaction, and academic success among international and American students. *Journal of International Students*, 5, 72-85.
- Lí, Y., y Lerner, R.M. (2013). Interrelations of behavioral, emotional, and cognitive school engagement in high school students. *Journal of Youth Adolescence*, 42(1), 20-32.
- Londoño, M.E. (2015). Influencia de los factores Psicosociales en la Salud percibida, el Burnout y compromiso del personal. *ORP Journal*, 4, 2-12.
- Marsollier, R., y Aparicio, M. (2013). Burnout y Engagement: ¿Perspectivas complementarias o polos opuestos? Un análisis en trabajadores de la universidad. *Revista de Orientación Educativa*, 27(52), 63-74.
- Maslach, C., y Jackson, S.E. (1981). *The Maslach Bournout Inventory*. Research Edition: Palo Alto, C.A.: Consulting Psychologist Press.
- Ortega, M.E., Rosa, G., y Martínez, A.J. (2014). Burnout en estudiantes de pregrado de medicina y su relación con variables de personalidad. *Terapia Psicológica*, 32(3), 235-242.
- Pena, M., y Extremera, N. (2012). Inteligencia emocional percibida en el profesorado de Primaria y su relación con los niveles de burnout e ilusión por el trabajo (engagement). *Revista de Educación*, 359, 604-627.
- Peralta-Ayala, R., y Moya, T.J. (2017). Síndrome de Burnout en estudiantes de Odontología. *Dominio de las Ciencias*, 3(1), 432-442. doi: 10.23857/dom.cien.pocaip.2017.3.1.432-442
- Quevedo-Blasco, R., Quevedo-Blasco, V.J., y Téllez, M. (2016). Cuestionario de evaluación motivacional del proceso de aprendizaje. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 6(2), 83-105. doi: 10.1989/ejihpe.v6i2.161
- Salanova, M., Martínez, I.M., y Llorens, S. (2014). Una mirada más "positiva" a la salud ocupacional desde la Psicología Organizacional Positiva en tiempos de crisis: aportaciones desde el equipo de investigación WoNT. *Papeles del psicólogo*, 35, 22-30.
- Saliba, C.A., Saliba, N.A., Reis, R., Leal, R., y Garbin, A. (2012). Burnout en estudiantes de odontología: evaluación a través MBI-estudiantes. *Medicina y Seguridad del Trabajo*, 58(229), 327-334.
- Schaufeli, W.B., Martínez, I.M., Pinto, A.M., Salanova, M., y Bakker, A.B. (2002). Burnout and engagement in university students. A Cross National Study. *Journal Cross Culture and Psychology*, 33(5), 464-481.
- Schaufeli, W.B., Salanova, M., González-Romá, V., y Bakker, A. (2002). The measurement of burnout and engagement: A confirmatory factor analytic approach. *Journal of Happiness Studies*, 3, 71-92.
- Schaufeli, W.B., y Bakker, A. (2003). *UWES, Utrecht Work Engagement Scale*. Utrecht: Utrecht University.
- Schauffeli, W.B., y Salanova, M. (2007). Efficacy or inefficacy, that's the question: Burnout and work engagement, and their relationships with efficacy beliefs. *Anxiety, Stress and Coping*, 20, 177-196.

Schwarzer, R., y Hallum, S. (2008). Perceived teacher self-efficacy as a predictor of job stress and Burnout: Mediation Analyses. *Applied Psychology: An International Review*, 57, 152-171.

Tomás, J.M., Gutiérrez, M., Sancho, P., Chireac, S.M., y Romero, I. (2016). El compromiso escolar (School Engagement) de los adolescentes: medida de sus dimensiones. *Enseñanza y Teaching*, 34(1), 119-135.

Vizoso, C.M., y Arias, O. (2016). Engagement, burnout y rendimiento académico en estudiantes universitarios y su relación con la prioridad en la elección de la carrera. *Revista de Psicología y Educación*, 11(1), 45-60.

Wang, M.T., y Fredricks, J.A. (2014). The reciprocal links between school engagement, youth problem behaviors, and school dropout during adolescence. *Child Development*, 85(2), 722-737.

CAPÍTULO 27

Identificación del síndrome de burnout y la relación con los rasgos de personalidad en personal sanitario en la provincia de Loja durante el año 2017

Marina R Ramírez y Mercy P Ontaneda
Universidad Técnica Particular de Loja

Introducción

El síndrome de burnout es descrito como un síndrome clínico por Freudenberger (1974) psiquiatra, el cual trabajaba con toxicómanos en una clínica de Nueva York, éste observó luego de trabajar por el lapso de un año, los voluntarios sufrían una pérdida progresiva de energía, llegando a experimentar síntomas como ansiedad, depresión, agotamiento, desmotivación en su trabajo y agresividad con los pacientes. Posteriormente, Maslach y Jackson (1981, 1985, 1986), estudiando las respuestas emocionales de los profesionales de ayuda, calificó a los afectados de sobrecarga describiéndolo como un síndrome de agotamiento emocional evidente en la vivencia de estar exhausto emocionalmente por las demandas del trabajo, despersonalización caracterizado por las actitudes de frialdad y distanciamiento, y baja realización personal presente en sentimientos de autoeficacia y realización en el trabajo, principalmente en aquellas profesiones de servicios que implican una atención intensa, prolongada y de forma directa con otras personas. Según Martínez (2010) “el síndrome de burnout es conocido, diagnosticado y prevenido en ámbitos de trabajo cada vez más generales e inespecíficos, llegando a encubrir situaciones como el estrés laboral o la fatiga crónica” (p.1).

Esta investigación se realizó en profesionales de la salud, en virtud de que es una de las poblaciones más afectadas por éste síndrome, ya que, en el ejercicio de su profesión constantemente mantienen un contacto directo con otras personas, lo que les proporciona un grado muy elevado de vulnerabilidad por lo complejo de las situaciones que día a día deben afrontar para el correcto desempeño de sus funciones (Ruiz y Ríos, 2004). Por tal razón, el síndrome de burnout alcanzado límites demasiado grandes, entre ellos destaca la afectación directa a la calidad de servicio y el tratamiento que se proporciona a los pacientes, e incluso puede llegar a afectar hasta los pacientes que son atendidos por dichos profesionales. (Marine, Ruotsalainen, Serra, y Verbeek, 2006).

A raíz de esto, los estudios han aumentado notoriamente, y más aún si está relacionado con el impacto que tiene el síndrome de burnout en el personal de la salud, en un estudio realizado en Brasil, a médicos de cuidados intensivos, se obtuvo los siguientes resultados, agotamiento emocional 50,6%, despersonalización 26,1%, y baja de realización personal 15,0% (Staffa et al., 2016). Además se incorpora de manera especial a la investigación un tema importante, la personalidad, la misma que es descrita por Cloninger (2003) como “las causas internas que subyacen al comportamiento individual y a la experiencia de la persona” (p.3). La personalidad es una suposición científica que se justifica por el tipo de actos que realizan cotidianamente las distintas personas, por ende para conceptualizar el término personalidad se debe observar sistemáticamente el comportamiento de la gente (Marañón, 2005).

Por esta razón se ha generado la necesidad de estudiar la relación que existe entre el burnout y rasgos de personalidad, ya que según Hernández y Olmedo (2004) en un estudio realizado con la finalidad de determinar si hay o no similitud entre estos dos factores llegaron a la conclusión de que existe una relación directa entre el neuroticismo, el locus de control externo y el patrón A con respecto a determinadas características del síndrome de burnout, no sucede lo mismo con la dimensión de extroversión ni con la variable rigidez, ninguna de ellas presenta característica alguna con respecto al síndrome. Por otro lado Ortega, Ortiz, y Coronel (2007) al estudiar el burnout en médicos y enfermeras y

su relación con el constructo de personalidad resistente, encontraron correlación negativa estadísticamente significativa entre la variable de personalidad resistente y burnout. Por tal razón, la finalidad de esta investigación fue identificar la relación que guarda el síndrome de burnout y de sus tres dimensiones (agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal) con los rasgos de personalidad, además también se busca determinar las características sociodemográficas, laborales, en médicos y enfermeras/os de una institución pública de la provincia de Loja durante el año 2017 a través de la aplicación de diferentes instrumentos.

Método

Participantes

La muestra objeto de estudio que se estableció para esta investigación fue de accesibilidad, no probabilística y accidental de 50 profesionales de la salud (25 médicos/as y 25 enfermeras/os). Los *criterios de inclusión fueron*: ser médicos y enfermeros titulados, tener por lo menos dos años de experiencia, estar en situación activa, firmar el consentimiento informado; Los *criterios de exclusión*: no estar de acuerdo en participar de la investigación.

Describir los instrumentos utilizados en el estudio.

- *Cuestionario Sociodemográfico y laboral AD-HOC*.- es un cuestionario diseñado para la ejecución de esta investigación, mismo que tuvo como finalidad recolectar datos personales y laborales como: género, edad, estado civil, etnia, número de hijos, años de experiencia, salario que perciben, satisfacción laboral, entre otros que serán de utilidad en este estudio.

- *Cuestionario de Maslach burnout Inventory (MBI)*.- Este instrumento se maneja para indagar y deducir la presencia de *burnout* en la persona. En cuanto a las propiedades psicométricas, la consistencia interna o alfa de Cronbach del MBI oscila entre .70 a .90. La escala MBI está compuesta por 22 enunciados que valoran sentimientos y pensamientos acerca del trabajo del sujeto, para las respuestas se utiliza una escala de Likert con puntuaciones de 0 a 6, de forma que 0 explica que no sucede y 6 que ocurre frecuentemente, se valora por medio de tres escalas que son: *agotamiento emocional* la misma que consta de 9 preguntas, su puntuación máxima es de 54 puntos; *despersonalización* constituida por 5 enunciados, siendo la puntuación máxima de 30 puntos; y *baja realización personal* la cual se compone de 8 preguntas, cuya puntuación máxima es de 48 puntos. Las puntuaciones son consideradas altas si están entre 67 y 99, medias entre 34 y 66 y bajas entre 1 y 33. Si bien no hay puntuaciones de corte a nivel clínico para medir la existencia o no de *burnout*, pero las personas que puntúen alto en cansancio emocional y despersonalización, y bajo en realización personal serán las que presenten *burnout* (Maslach y Jackson, 1986).

- *Cuestionario de Personalidad de Eysenck Revisado-Abreviado (Eysenck Personality Questionnaire Revised-Abbreviated [EPQR-A])*.- Es un instrumento que mide rasgos de personalidad y tendencia a emitir respuestas, tiene 24 ítems con cuatro subescalas que son: extroversión, sinceridad, neuroticismo y psicoticismo, cada una de ellas compuesta por 6 preguntas. La forma de dar respuesta es dicotómica, es decir Si que representa 1 y No que corresponde a 0, con un rango que oscila entre 0 y 6, entendiéndose que mientras puntúe más alto en cada rango mayor presencia del mismo (Francis, Brown, y Philipchalk, 1992; Sandín, Valiente, y Chorot, 1999). La consistencia interna o alfa de Cronbach para la escala de extroversión es de 0.74, sinceridad 0.54, neuroticismo 0.78 y para psicoticismo 0.63 (Sandín, Valiente, Montes, Chorot, y Germán, 2002).

Procedimiento

- Autoadministración de los instrumentos a utilizar para determinar el tiempo de duración.

- Acercamiento a las instituciones para solicitar el permiso correspondiente para la aplicación de los instrumentos a través de una carta institucional explicando los objetivos del proyecto, la finalidad de la aplicación de los cuestionarios y las actividades a realizar.

- Posteriormente se determinó los días y el horario que se podría efectuar la aplicación de la batería de instrumentos de acuerdo a la disponibilidad de los profesionales de la salud, previa coordinación con los jefes del personal médico y de enfermería.
- Aplicación de los cuestionarios de manera individual a cada participante.

Análisis de datos

Los datos fueron analizados a través del SPSS-23 para de esta manera realizar los descriptivos y además se utilizó las puntuaciones continuas para efectuar las correlaciones de Pearson.

Resultados

Tabla 1. Características sociodemográficas de los profesionales de la salud

Variables	Médicos/as		Enfermeros/as	
	n	%	n	%
Sexo				
Hombre	10.0	40.0	3.0	12.0
Mujer	15.0	60.0	22.0	88.0
Edad				
M	35.2		39.3	
DT	12.1		13.6	
Max	59.0		65.0	
Min	25.0		24.0	
Número de hijos/as				
M	1.3		1.4	
DT	1.1		1.5	
Max	4.0		6.0	
Min	0.0		0.0	
Etnia				
Mestizo/a	23.0	92.0	25.0	100.0
Blanco/a	2.0	8.0	0.0	0.0
Afroecuatoriano/a	0.0	0.0	0.0	0.0
Indígena	0.0	0.0	0.0	0.0
Estado civil				
Soltero/a	7.0	28.0	11.0	44.0
Casado/a	12.0	48.0	7.0	28.0
Viudo/a	1.0	4.0	3.0	12.0
Divorciado/a	2.0	8.0	1.0	4.0
Unión libre	3.0	12.0	3.0	12.0

Tabla 2. Características laborales de los profesionales de la salud (parte 1)

VARIABLES	Médicos/as		Enfermeros/as	
	n	%	n	%
Ingresos mensuales				
0 a 1000	6.0	24.0	17.0	68.0
1001 a 2000	9.0	36.0	8.0	32.0
2001 a 3000	10.0	40.0	0.0	0.0
Experiencia profesional				
M	9.6		12.3	
DT	7.8		11.1	
Max	30.0		37.0	
Min	2.0		2.0	
Sector en el que trabaja				
Público	24.0	96.0	25.0	100.0
Privado	0.0	0.0	0.0	0.0
Ambos	1.0	4.0	0.0	0.0
Tipo de contrato				
Eventual	0	0	0.0	0.0
Ocasional	9.0	36.0	13.0	52.0
Plazo fijo	11.0	44.0	3.0	12.0
Nombramiento	5.0	20.0	9.0	36.0
Servicios profesionales	0.0	0.0	0.0	0.0
Ninguno	0.0	0.0	0.0	0.0

Tabla 2. Características laborales de los profesionales de la salud (parte 2)

Nº de pacientes/día				
M	15.0		19.7	
DT	8.2		7.2	
Max	30.0		30.0	
Min	3.0		2.0	
Horas de trabajo/día				
M	11.2		9.4	
DT	6.6		2.4	
Max	24.0		12.0	
Min	6.0		6.0	
Recursos Institucionales				
Totalmente	7.0	28.0	7.0	28.0
Mediadamente	14.0	56.0	17.0	68.0
Poco	3.0	12.0	0.0	0.0
Nada	1.0	4.0	1.0	4.0
Turnos				
Si	5.0	20.0	20.0	80.0
No	20.0	80.0	5.0	20.0

Tabla 4. Resultados de las dimensiones del burnout en los profesionales de la salud

		Profesión			
		Médico		Enfermero/a	
		% de columna	N	% de columna	N
Agotamiento emocional	Bajo	0	40.0%	20	80.0%
	Medio		20.0%	5	20.0%
	Alto	0	40.0%	0	0.0%
Despersonalización	Bajo	5	60.0%	19	76.0%
	Medio		20.0%	4	16.0%
	Alto		20.0%	2	8.0%
Realización personal	Bajo	5	60.0%	13	52.0%
	Medio		16.0%	8	32.0%
	Alto		24.0%	4	16.0%

Tabla 5. Resultados de los casos de burnout en los profesionales de la salud

		Profesión			
		Médico		Enfermero/a	
		N	% de columna	N	% de columna
Burnout	No presencia	24	96.0%	25	100.0%
	Presencia	1	4.0%	0	0.0%

Tabla 6. Rasgos de personalidad de los profesionales de la salud

	Profesión							
	Médico				Enfermero/a			
	M	DT	Máx.	Mín.	M	DT	Máx.	Mín.
Neuroticismo	2.80	2.04	6.00	.00	1.44	1.00	4.00	.00
Extroversión	3.52	2.10	6.00	.00	4.08	1.68	6.00	1.00
Psicoticismo	1.76	1.13	4.00	.00	1.38	1.06	4.00	.00

Tabla 7. Correlaciones entre dimensiones de burnout y el rasgo de personalidad

	Neuroticismo			Extroversión			Psicoticismo		
	r	p	n	r	p	n	r	p	n
	Agotamiento emocional	.474**	.001	0	-.151	.295	50	.280	.051
Despersonalización	.402**	.004	0	.283*	.047	50	.160	.272	50
Realización personal	-.020	.889	50	.085	.559	50	.029	.844	50
Burnout	.496**	.000	50	-.165	.253	50	.257	.074	50

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral)

* La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral)

Discusión/Conclusiones

El objetivo general en el cual se centró la presente investigación fue el de identificar la relación entre el síndrome de burnout y los rasgos de personalidad en profesionales de la salud (médicos/as y enfermeros/as) en una institución pública de la provincia de Loja. Además de esto se incluyó variables muy importantes que complementan la investigación, entre las que destacan: determinar las características sociodemográficas (sexo, edad, número de hijos, etnia y estado civil) y laborales (ingresos mensuales, experiencia profesional, sector en el que trabaja, tipo de contrato que posee, recursos y turnos).

En lo que concierne al perfil sociodemográfico se obtuvo mayor participación por parte de las mujeres dentro del personal médico con el 60% frente al 40% de los hombres, éstos datos coinciden a los publicados por el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC, 2017), en donde señalan que en la provincia de Loja, se evidenció que existe mayor población femenina con un 50.8% frente a la masculina con un 49.2%, lo mismo sucedió en la muestra de personal de enfermería, en donde se contó con la participación de un 88% de mujeres, frente a un 12% de hombres. En lo referente a la edad los médicos/as se ubicaron en una media de 35.2 años y enfermeros/as una media de 39.3 años, de lo cual se puede deducir que existe un predominio de personas jóvenes entre los profesionales de la salud, ya que la edad promedio en el personal de salud en la provincia de Loja está comprendida entre los 29 años (INEC, 2017).

En lo relacionado al número de hijos el personal médicos obtuvo una media de 1.3, mientras que enfermeros/as obtuvieron una media de 1.4 hijos, estos datos concuerdan con la media de la población lojana, la misma que está estipulada en un promedio de 1.6 hijos (INEC, 2017). Por otro lado en cuanto a la etnia en ambos grupos estudiados la mayoría se consideran mestizos (médicos/as 92% y enfermeras 100%), así mismo según el INEC es la raza que predomina en los habitantes de la provincia de Loja con un 90.2%. En lo referente al estado civil, dentro del personal médico la mayoría están casados (48%); mientras que enfermeros/as en su mayoría están solteras (44%), estos datos se asemejan a los obtenidos en otros estudios enfocados a analizar la misma temática en donde también predominó el estado civil casado en médicos/as y el soltero en enfermeros/as (Tello, 2010).

En lo que respecta a las variables laborales la mayoría de los participantes del personal médico (40%) manifestaron que percibían mensualmente una remuneración de entre \$2001 a \$3000, mientras que el personal de enfermería en su mayoría (68%) manifestaron que percibían un salario mensual de entre \$0 a \$1000 dólares, estas cifras concuerdan con la información publicada por el INEC a través de la Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos en Hogares Urbanos y Rurales (ENIGHUR), realizada de abril del 2011 a marzo del 2012, la cual explica que el salario promedio de un médico/a oscila entre \$2034 y \$2641 más beneficios y bonos adicionales dependiendo en nivel de formación que posean y el salario promedio de los/as enfermeros/as está estipulado en \$1212. En cuanto a la experiencia laboral, la media para médicos/as es de 9.6 años, con un mínimo de 2 y máximo de 30 años; mientras que en enfermeras la media es de 12.3, con un mínimo de 2 años y máximo de 37 años, los presentes datos concuerdan con los publicados en otras investigaciones (Ramírez, 2015). En lo que respecta al sector en el que trabajan, el 96% de los médicos/as y el 100% de enfermeros/as señalaron que laboran en el sector público, estos datos no están sujetos a diferenciación puesto que la muestra que se evaluó trabaja en una institución pública de la provincia de Loja. El tipo de contrato que prevaleció en médicos/as fue plazo fijo con el 44%, mientras que en el personal de enfermería fue el ocasional con el 52%, estos datos difieren con el estudio realizado por Ramírez (2015) en el que menciona que el 49.5% de los participantes posee un contrato indefinido o nombramiento. El 20% de los médicos/as y el 80% de las enfermeras trabajan en turnos.

Al analizar los resultados obtenidos de las tres dimensiones del burnout se obtuvo los siguientes resultados: en agotamiento emocional el 40% de los médicos/as manifestaron niveles altos, datos que coinciden con los obtenidos por Sos Tena et al. (2002), que también obtuvo un 40% en ésta dimensión

estudiando a médicos/as, otros datos que se acercan a los obtenidos son los de Berdejo (2014) en un estudio a personal médico, en donde obtuvo una prevalencia de 51.1% en esta dimensión. Por otro lado en el personal de enfermería el 0% presentó alto nivel de agotamiento emocional, estos datos son menores a los obtenidos por Novoa et al. (2005), quien obtuvo 2.9% de puntuación alta en esta dimensión, y a los datos obtenidos por Parada et al. (2005) quien obtuvo una prevalencia de 10.7% en esta dimensión.

En la dimensión de despersonalización, el 20% de los médicos/as obtuvieron un nivel elevado, estos datos son superiores a los encontrados por Bernaldo y Labrador-Encinas (2007) quienes obtuvieron una prevalencia de 13.3% en esta dimensión e inferiores a los encontrados por Berdejo (2014) que obtuvieron una prevalencia en el personal médico de 36% en esta dimensión. Así mismo, en el personal de enfermería se obtuvo el 8% en nivel alto de despersonalización, datos que son menores a los encontrados por Holmes, Dos Santos, Farias, y Costa (2014) quienes en su investigación en personal de enfermería encontraron una prevalencia de 11.1% en esta dimensión y Novoa et al. (2005) que obtuvieron de su investigación una prevalencia de 11.4% en esta dimensión.

En la dimensión de realización personal el 60% de los médicos/as tuvieron una puntuación baja, estos datos son ligeramente inferiores a los obtenidos por Sos Tena et al. (2002) que obtuvieron una puntuación de 65% en baja realización personal en médicos y superiores a los obtenidos por Terrones-Rodríguez, Cisneros-Pérez, y Arreola-Rocha (2016) en un estudio realizado al personal médico obtuvo una prevalencia de 41.3% en esta dimensión. El personal de enfermería obtuvo un 52% en nivel bajo de realización personal, datos que casi son similares a los obtenidos por Novoa et al. (2005) quien obtuvo un 50% de baja realización personal en enfermeros/as y que superan a los encontrados en la investigación realizada por De La Cruz De Paz (2014) en donde se evidenció un porcentaje de 44% de nivel bajo en ésta dimensión.

En lo referente a la prevalencia del síndrome de burnout, es decir si existe presencia o no de casos de burnout en los participantes, se obtuvo una prevalencia de 4% en médicos/as, mientras que en enfermeras no se presentó ningún caso, estos datos se asemejan a los obtenidos por Grau, Flichtentrei, Suñer, Prats, y Braga (2009) quienes obtuvieron una prevalencia similar de 4% en los profesionales de la salud evaluados en el Ecuador, de lo cual se dedujo que el personal médico es el más afectado por este síndrome con un 12.1% frente a un 7.2% del personal de enfermería, otro estudio que se asemeja a los resultados obtenidos es el realizado por Ayala, Antezana, e Yllatopa (2012) quienes luego de realizar su investigación dirigida al personal médico de una casa de salud obtuvieron una prevalencia de 10%.

En cuanto a los rasgos de personalidad el más alto fue el de extroversión en ambos grupos con una media de 3.52 en médicos/as y 4.08 en enfermeros/as, seguido de neuroticismo con 2.8 para personal médico y 1.44 para personal de enfermería y finalmente el rasgo de psicoticismo con 1.76 para médicos/as y 1.38 para enfermeros/as, estos datos concuerdan con los hallados en investigaciones anteriores, en las que se llega a la determinación que la mayoría de los participantes se caracterizan por ser extrovertidos (Ibáñez-Martínez, 2015; Roth y Pinto, 2010).

En cuanto a las correlaciones entre dimensiones de burnout y rasgos de personalidad, se observa que existe una correlación muy significativa entre neuroticismo y agotamiento emocional, neuroticismo y despersonalización, así como también una relación significativa entre extroversión y despersonalización. No existe ninguna relación entre psicoticismo y las tres dimensiones del burnout. Estos datos difieren de los obtenidos por Hernández y Olmedo (2004) quienes en un estudio realizado con la finalidad de determinar la correlación entre estos dos factores llegaron a concluir, luego de efectuado su estudio, que existe una relación entre ciertas características del síndrome de burnout, el neuroticismo y psicoticismo, pero no existe ninguna relación entre el burnout y la extroversión. Otra investigación realizada por Cebrià et al. (2001) deja en evidencia que algunos rasgos de personalidad, como la baja estabilidad emocional, la tensión y la ansiedad, se asocian de manera significativa a puntuaciones altas de burnout. Por otro lado Ortega, Ortiz, y Coronel (2007) hicieron un estudio en médicos y enfermeras en el cual

relacionaron la personalidad con el síndrome de burnout, de este estudio encontraron una correlación negativa entre la variable de personalidad resistente y burnout, resultado que difiere con el encontrado por Moreno-Jiménez, Garrosa, y González (2000), quienes luego de realizada su investigación, llegaron a la determinación que existe una correlación significativa entre la personalidad resistente y el síndrome de burnout. La prevalencia del síndrome de burnout en personal médico fue de 4%, en lo que respecta a los rasgos de personalidad existe una relación muy significativa entre neuroticismo y agotamiento emocional, neuroticismo y despersonalización, así como también una relación significativa entre extroversión y despersonalización.

Referencias

- Ayala, A., Antezana, P., e Yllatopa, E. (2012). Síndrome de burnout en asistentes y residentes de anestesiología del Hospital Nacional Daniel A. Carrión, setiembre 2011. *Actas peru. anesthesiol*, 20(1), 13-20.
- Berdejo, H. (2014). *Síndrome de desgaste laboral (Burnout) en los Médicos Residentes de Especialidades Médico Quirúrgicas de la Universidad Nacional de Colombia, sede Bogotá* (Tesis doctoral). Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia. Recuperado de: <http://www.bdigital.unal.edu.co/45814/1/05599120.2014.pdf>
- Bernaldo, M., y Labrador-Encinas, F. (2007). Evaluación del estrés laboral y burnout en los servicios de urgencia extrahospitalaria. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(2), 323-335.
- Cebrià, J., Segura, J., Corbella, S., Sos, P., Comas, O., García, M., Rodríguez, C., Pardo, M.J., y Pérez, J. (2001). Rasgos de personalidad y burnout en médicos de familia. *Atención Primaria*, 27(7), 459-468.
- Cloninger, S.C. (2003). *Teorías de la Personalidad*. México DF, México: Pearson Prentice Hall.
- De La Cruz De Paz, E. (2014). *Estrés laboral y Síndrome de Burnout en los Profesionales de Enfermería de Atención Hospitalaria* (Tesis de Pre-grado). Universidad de Valladolid, Valladolid, España. Recuperado de: <http://uvadoc.uva.es/handle/10324/5629>
- Francis, L.J., Brown, L.B., y Philipchalk, R. (1992). The development of an abbreviated form of the Revised Eysenck Personality Questionnaire (EPQR-A): Its use among students in England, Canada, the USA and Australia. *Personality and individual differences*, 13, 443-449.
- Freudenberger, H.J. (1974). Staff burnout. *Journal of Social Issues*, 30, 159-165.
- Grau, A., Flichtentrei, D., Suñer, R., Prats, M., y Braga, F. (2009). Influencia de factores personales, profesionales y transnacionales en el síndrome de burnout en personal sanitario hispanoamericano y español. *Revista Española de Salud Pública*, 83(2), 215-230.
- Hernández, G.L., y Olmedo, E. (2004). Un estudio correlacional acerca del síndrome del "estar quemado" (burnout) y su relación con la personalidad. *Apuntes de Psicología*, 22(1), 121-136.
- Holmes, E.S., Dos Santos, S.R., Farias, J.A., y Costa, M.B. (2014). Síndrome de burnout em enfermeiros na atenção básica: Repercussão na qualidade de vida/Burnout syndrome in nurses acting in primary care: An impact on quality of life/Síndrome de burnout en las enfermeras de la atención primaria: Impacto en la calidad de vida. *Revista De Pesquisa, Cuidado é Fundamental Online*, 6, 1384-1395. doi:10.9789/2175-5361.2014.v6i4.1384-1395.
- Ibáñez-Martínez, L. (2015). *Ansiedad y personalidad en personal sanitario de Unidades de hospitalización del Principado de Asturias* (Tesis de post-grado). Universidad de Oviedo, Oviedo, Asturias, España. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10651/34550>
- Marañón, R.C. (2005). *Psicología de las Diferencias Individuales*. Madrid, España: Ediciones Pirámide.
- Marine, A., Ruotsalainen, J., Serra, C., y Verbeek, J. (2006). Preventing occupational stress in healthcare workers. *Cochrane Database of Systematic Reviews* (4).
- Martínez, A. (2010). El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*, 112, 1-40.
- Maslach, C., y Jackson, S.E. (1981). The measurement of experienced burnout. *Journal of Occupational Behavior*, 2, 99-113.
- Maslach, C., y Jackson, S.E. (1985). The role of sex and family variables in burnout. *Sex Roles*, 12, 837-851.
- Maslach, C., y Jackson, S.E. (1986). *The Maslach Burnout Inventory*. Palo Alto, CA: Consulting Psychology Press.
- Moreno-Jiménez, B., Garrosa, E., y González, J. (2000). Personalidad resistente, burnout y salud. *Escritos de psicología*, 4, 64-77.

Novoa, M., Nieto, C., Forero, C., Caycedo, C., Palma, M., Montealegre, M., Mayona, M., y Sánchez, C. (2005). Relación entre perfil psicológico, calidad de vida y estrés asistencial en personal de enfermería. *Universitas Psychologica*, 4(1).

Ortega, M., Ortiz, G., y Coronel, P. (2007). Burnout en médicos y enfermeras y su relación con el constructo de personalidad resistente. *Psicología y Salud*, 17(1), 5-16.

Parada, M., Moreno R., Mejías Z., Rivas A., Rivas F., Cerrada J., y Rivas F. (2005). Satisfacción laboral y síndrome de burnout en el personal de enfermería del Instituto Autónomo Hospital Universitario Los Andes (IAHULA), Mérida, Venezuela, 2005. *Facultad Nacional de Salud Pública*, 23(1), 33-45.

Ramírez, M. (2015). *Burnout en Profesionales de la Salud del Ecuador* (Tesis doctoral). Universidad de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España. Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10347/14632>

Ruiz, C.O., y Ríos, F.L. (2004). El burnout o síndrome de estar quemado en los profesionales sanitarios: revisión y perspectivas. *International Journal Clinical and Health Psychology*, 4,137-160.

Sandín, B., Valiente, R.M., Montes, M.O., Chorot, P., y Germán, M.A. (2002). Versión española del cuestionario EPQR-Abreviado (EPQR-A) (II): Replicación factorial, fiabilidad y validez. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7, 195-205.

Sandín, B., Valiente, R.M., y Chorot, R. (1999). Evaluación del estrés psicosocial. En B. Sandín (Ed.), *El estrés psicosocial: Conceptos y consecuencias clínicas* (pp. 245-316). Madrid: Klinik.

Sos Tena, P., Sobrequés, J., Segura, J., Manzano, E., Rodríguez, C., García, M., y Cebrià J. (2002). Desgaste profesional en los médicos de Atención Primaria de Barcelona. *Medifam*, 12(10).

Staffá, M., Meira, J., Barros, D., Villas, D., Silva, C., Martins, D.,... Nascimento, C. (2016). Prevalência de síndrome de burnout em médicos intensivistas de cinco capitais brasileiras. *Revista brasileira de terapia intensiva*, 28(3).

Tello, J. (2010). *Nivel de síndrome de Burnout y estrategias de afrontamiento en enfermeros de los Servicios Críticos del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión 2009* (Tesis de pre grado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú. Recuperado de: <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/cybertesis/547>

Terrones-Rodríguez, J.F., Cisneros-Pérez, V., y Arreola-Rocha, J.J. (2016). Burnout syndrome in medical residents at the General Hospital of Durango, México. *Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 54, 242-248.

Geriatría

CAPÍTULO 28

Revisión de las Intervenciones de Enfermería en la Atención al Cuidador de Personas Mayores con Demencia

Raúl García Jódar*, Esmeralda Saborido Domínguez**, Miguel Barranco Justicia**,
y Noelia Gutiérrez García***

Atención Primaria; **Hospital Son Espases; *Hospital Virgen Del Rocío*

Introducción

La demencia se considera al estado degenerativo cognitivo que afecta a la disminución de las funciones intelectuales de una persona, se trata como un síndrome que altera la capacidad de almacenaje de la memoria, intelecto y las capacidades que puede desarrollar una persona en el día a día de su vida.

Dentro de los tipos de demencias más frecuentes en España, encontramos el Alzheimer, que se sitúa en primera posición, entre un 62% y 70% del total de los casos, las demencias vasculares son las más diagnosticadas por detrás del Alzheimer.

En el planeta, existe entre 19 y 22 millones de personas con demencia, y se estima que en año 2025, será de 37 millones, donde 7,9 millones son el número de casos nuevos cada año (Organización mundial de la salud, 2012).

Normalmente, los 62 años de edad, es aquella edad en la que la sociedad y organizaciones comienzan a definir como “adulto mayor” a estas personas. También es cierto, que dependiendo en las regiones donde uno se encuentre, a los 37 años edad, en determinadas comunidades, se les pueden considerar viejas dependiendo su forma de vida y capacidad de realizar labores. En muchos lugares no se cataloga a las personas por su edad, sino por la capacidad de realizar funciones y de lo que son capaces de hacer.

Según datos de las Naciones Unidas, en 1955 había alrededor de 200 millones de adultos mayores, de los cuales, aumentaron en 1977 a 350, objetivándose que la cifra en el año 2000 aumentó a 600 millones, y se visualiza que para el año 2025, puede ser de 1100 millones. Se prevé que la cifra de población total en el mundo, en ese mismo periodo de tiempo descrito anteriormente, pasará de 4100 millones de habitantes a 8200 millones, el doble de población total mundial. Por tanto, los adultos mayores serán, en el 2025, el 15% de la población total mundial, y para el año 2050, se estima que habrá unos 2000 millones de adultos mayores en el planeta, un 20% de la población mundial.

En las últimas décadas, los científicos están muy interesados en descifrar el fenómeno de impacto que ocasionan los problemas de salud en el paciente, sobre la familia (Wright, 1983). Por tanto, se han desarrollado multitud de artículos que plasman que el cuidar a una persona mayor con discapacidades intelectuales, tales como la demencia, ocasiona procesos estresantes, aumentando el riesgo de problemas físicos y mentales, y estos tienden a disminuir la vida social del cuidador a la relación “cuidador-cuidado” (Todd y Zarit, 1986).

Se objetiva que la mayor carga de la asistencia sanitaria a personas mayores con alteraciones varias, del intelecto y su comportamiento, y sus cuidadores, recae sobre los profesionales sanitarios de atención primaria (Olazarán, Sastre, y Martín, 2012).

La vida del cuidador principal cambia en muchos aspectos, y esto hace mella tanto en su persona como en las que les rodea, existen una serie de cambios a nivel familiar, laboral y social, tales como:

- Cambios en las relaciones familiares-Consecuencias laborales.
- Dificultades económicas-Disminución del ocio personal.
- Cambios emocionales-Sentimiento de culpabilidad.

Se cuestiona a veces la labor que sufren los cuidadores y la dejadez de algunos de ellos, pero en resumen, la labor que realizan los cuidadores es de un valor imposible de calcular, ya no solo para sus familiares, los cuales pueden beneficiarse de numerosas ventajas mientras están al cargo del paciente con esta patología, lo cual supone un ahorro para los asuntos sociales y el gasto económico por parte del sector sanitario.

El lugar donde se atienden el mayor número de casos de pacientes con demencia es en el domicilio familiar, esto conlleva que los cuidadores de estos pacientes pueden desencadenar la aparición de enfermedades como la depresión y ansiedad (Martín, Ballesteros, y González, 2014). La aparición de la depresión por parte de los cuidadores, conlleva que puedan verse alteradas sus calidades de vida y por tanto, alteraciones tanto a nivel emocional como físico (Moreno, Arango, y Rogers, 2010).

Los servicios de salud, no solo deben preocuparse por las personas con demencia, sino también atender en el mismo rango de dedicación, a los cuidadores de estos pacientes (Montón et al., 2011).

A lo largo de los años, existen numerosos estudios que indican que hay que llevar a cabo intervenciones para disminuir la sobrecarga de los cuidadores de estos pacientes.

Actualmente, en nuestro país, la dedicación que proporcionan las instituciones para la ayuda a los pacientes con demencia es importante, la primera elección para su cuidado, es la familia, el cual es el entorno más cercano, este ha de proporcionarles todo lo que esté en su mano. La ayuda que viene desde dentro del entorno familiar es la que el paciente acepta con mayor ilusión, es la mejor ayuda posible que se le puede facilitar al paciente con demencia. No siempre los cuidadores están capacitados para el cuidado de dichos pacientes, ya que demandan esfuerzos físicos, tareas complicadas y tensiones para el cuidado (Méndez, Molina, Tenadávila, y Yagüe, 2006).

Estos problemas desencadenan unos problemas físicos, mentales y socioeconómicos, que se definen como carga, y acarrear consecuencias negativas que afectan a la salud del cuidador en su día a día, pudiendo aparecer sintomatologías como alteraciones del aparato locomotor, migrañas, astenia, fatiga, insomnio, depresión, menor tiempo para el ocio, disminución en las amistades, etc. (Pérez y Llibre, 2010). Todas estas consecuencias negativas producen un elevado nivel de estrés que empeora el trato por parte del cuidador hacia el paciente con demencia, así como en la enfermedad de los pacientes (Espín, 2012).

Objetivo

Identificar las intervenciones de enfermería que se les puede ofrecer a los cuidadores de personas mayores con demencia y disminuir la sobrecarga en sus cuidados.

Metodología

Se llevó a cabo una revisión bibliográfica en las bases de datos científicas; Cochrane, Fisterra, Uptodate y Pubmed. Se utilizaron los descriptores “Demencia”, “Sobrecarga cuidados”, “Deterioro cognitivo” y “Alzheimer”. Se utilizó como idioma principal en los artículos analizados, el español e inglés. De un total de 89 referencias encontradas, se seleccionaron 21 para su posterior análisis, ya que, cumplían los criterios de inclusión en este estudio, durante el periodo de tiempo de 2011–2016. Se descartaron aquellas referencias que no se centraban en el objetivo de la revisión.

Resultados

Los resultados abarcan, que un paso importante en la enseñanza a los cuidadores de estos pacientes, es cuidarse ellos mismos, ósea, su salud, no dejando de lado sus hábitos saludables y actividades cotidianas.

Elaboramos tres fases en las que dividimos las etapas por las que pasa el cuidador en su afán de cuidar al paciente con demencia respecto a la sobrecarga que padecen en su día a día:

Fase de prevención

Fase de valoración

Fase de tratamiento

Fase de prevención: Existen distintos factores en la prevención del cuidador, para así valorar e identificar a los cuidadores de riesgo. Dichos factores se encasillan en patologías psíquicas previas, demencia joven, edad del cuidador, repercusión en, etc.

Dicho esto, a los pacientes catalogados de riesgo, se deben de elaborar intervenciones individualizadas para la prevención de la sobrecarga en el cuidado del adulto mayor.

Existen diversos talleres impartidos por personal profesional, donde se muestran y enseñan conocimientos sobre la demencia y sus cuidados, para así poder facilitar el día a día del cuidador. Es conveniente asesorar de forma correcta al cuidador, las formas de ayuda existentes y disponibles para ellos, de forma progresiva, así como los sistemas de apoyo formal e informal (Grupo de trabajo de la guía de práctica clínica sobre la atención integral a las personas con enfermedad de Alzheimer y otras demencias, 2010).

Dentro de esta etapa, es fundamental concienciar al cuidador de su propio cuidado personal y de su salud, manteniendo hábitos saludables para así poder estar con aptitudes suficientes para mantener una actitud positiva en su vida.

Existen momentos en los que los cuidadores se ven sobrepasados en su día a día por acontecimientos esporádicos, uno de ellos es el tema laboral, por parte del personal sanitario se les recomienda que no abandonen su práctica laboral, si es necesario, que se reduzcan su jornada, ya que mentalmente es un paso importante el mantener sus hábitos cotidianos previos al cuidado del adulto mayor. Tampoco debe abandonar su hábito social, ya que la misma importancia tiene el tema laboral como el tema social para su refuerzo diario. El tema familiar juega un papel fundamental en su bienestar físico y psicológico, ya que no se debe abandonar las relaciones personales, incluso se propone al cuidador que hable del tema y de la progresión de la enfermedad con sus familiares más allegados.

Por parte del personal sanitario, es conveniente realizar, de forma habitual, cuestionarios y valoraciones del cuidador, para así poder identificar problemas y el grado de sobrecarga periódicamente. Esta valoración no se debe dejar aparte y ser periódica para poder poner freno a dificultades que puedan aparecer en la progresión de la enfermedad.

Fase de valoración: Dentro de este apartado se analizan los signos y síntomas más frecuentes que se pueden manifestar, dependiendo el grado de intensidad, en la sobrecarga del cuidador (Montón et al., 2011):

- Problemas laborales: Disminución del rendimiento laboral, temor a la pérdida del trabajo, tensión, etc.
- Alteraciones del funcionamiento familiar: Conflictos familiares, tensión entre integrantes familiares, conflictos conyugales, etc.
- Señales físicas: Dolores osteomusculares, insomnio y alteraciones gastrointestinales.
- Problemas económicos: Disminución de los recursos disponibles por la disminución en la reducción de la jornada laboral por cuidados familiares.
- Problemas legales.

Es importante realizar asiduamente valoraciones en los cuidados de las personas que ofrecen sus cuidados a pacientes con demencia, para disminuir y detectar la sobrecarga en los cuidados.

Para poder medir el grado de sobrecarga, un método muy utilizado, es la escala de Zarit (Zarit, Reever, y Bach-Peterson, 1980), es un instrumento que cuantifica el grado de sobrecarga que padecen los cuidadores de personas dependientes. No es el único método de estudio, pero si es el que más se utiliza. Consta de un listado de 22 afirmaciones que describen cómo se sienten a veces los cuidadores; para cada una de ellas, el cuidador debe indicar la frecuencia con que se siente así, utilizando una escala que consta de 0 (nunca), 1 (rara vez), 2 (algunas veces), 3 (bastantes veces) y 4 (casi siempre). Estas puntuaciones obtenidas, acaban sumándose, y el resultado total nos indica el grado de sobrecarga del cuidador.

Existen otras escalas para medir la sobrecarga del cuidador, tales como, la escala GDS (valoración del deterioro global), cuestionario de salud SF-36 y el SF-12 (valoración del nivel de depresión).

Fase de tratamiento: Cuando existe la sobrecarga, se han de llevar a cabo unas intervenciones para poder poner solución y revertir esta situación. En esta fase damos a conocer intervenciones de tipo educativo, emocional y prestación de recursos. Juega un papel fundamental el propio cuidador, ya que se le debe educar y mostrar signos frecuentes de sobrecarga en el cuidado y que él mismo sea el que ponga en proceso el tratamiento para disminuir dicha sobrecarga, estos síntomas iniciales pueden ser:

Fumar o beber más de lo habitual, descuidar el aseo personal.

Irritabilidad, disminuir tiempo de ocio.

Desconcentración y lentitud para realizar labores cotidianas.

Existen medidas para paliar dicha sobrecarga cuando esta, entra en acción:

Recurrir a tratamiento farmacológico si es necesario, para paliar el insomnio, ansiedad o depresión.

Asesorar en la elección de visitar centros de día para el ocio, centros de atención nocturna, atención de la crisis, etc.

Otro dato a tener en cuenta en el tratamiento del cuidador del paciente con demencia, es la carga emocional. Se ha de realizar, periódicamente, entrevistas que sirvan para que el cuidador, si hace falta, se desahogue frente a sus temores diarios, enseñarles donde poder visitar si le surge algún problema para pedir ayuda o enseñarles técnicas de relajación individualizadas. Otro dato importante, es el concienciar al cuidador a compartir sus experiencias y temores junto a otras personas que se encuentren en su misma situación (Pérez, Sánchez-Valladares, y Balbás, 2011).

Discusión/Conclusiones

Se llega a la conclusión, que por parte del personal de enfermería, se elaborarán talleres para impartir información detallada sobre el manejo efectivo del cuidado de estos pacientes, para poder proporcionar la efectividad máxima hacia ellos.

Se impartirán estrategias de tratamiento para el manejo y prevención de las alteraciones anímicas de los cuidadores durante esta etapa, así como, se realizarán intervenciones educativas para informar sobre el proceso de la enfermedad del paciente tratado.

Se demuestra en el día a día de los cuidadores con respecto a sus familiares más allegados con esta patología, que el principal ingrediente para realizar dicho trabajo, es el amor.

Se considera que el ambiente familiar más cercano, cada día, está desapareciendo y a la vez está aumentando las distancias entre los miembros de una unidad familiar, ya que, el ambiente que se proporcionaba en tiempos pasados en las unidades de familia, el respeto y los valores, se están cada día perdiendo entre las juventudes venideras. Antiguamente, el núcleo de la familia, giraba en torno a las personas adultas, hoy en día, estas personas adultas se consideran entre muchos jóvenes, por desgracia, lastres en su vida diaria.

Cuando las personas mayores padecen una enfermedad, existe un temor de morir y no poder sobrevivir a dicha enfermedad. Al hacerse mayor, estas personas ancianas, ven la muerte de una forma más cercana, aumentando este temor por tener conocidos o familiares cercanos, fallecidos (Olazarán, Sastre, y Martín, 2012).

Cuando se asume el papel de cuidador de una persona anciana con demencia, se inicia una carrera de fondo, que nunca sabes la duración que va a tener, lo mismo dura un corto periodo de tiempo, como se hace una carrera de largos años de vida. Hay que estar preparado y concienciado del trabajo que esto conlleva y de las limitaciones que habrá en nuestra vida a partir de ese momento.

La demencia es una enfermedad que hace enfrentar a personas que asumen el rol de cuidador principal, las cuales tienen escasos conceptos de formación, asumiendo un rol solamente por el cariño hacia esas personas, acarreado en numerosas ocasiones, alteraciones en la salud de ellos. Aquí, es dónde

entra el papel de enfermería, el cual tiene que conservar la salud del binomio y proporcionar, mediante talleres y docencia, el bienestar del paciente y su cuidador.

Referencias

- Gort, A.M., Mingot, M., Gómez, X., Soler, T., Torres, G., y Sacristán, O. (2008). Use of the Zarit Scale for assessing caregiver burden and collapse in caregiving at home in dementias. *Int J Geriatr Psychiatry*, 22(10), 957-962.
- Logsdon, R.G., McCurry, S.M., Moore, A.L., y Teri, L. (1997). Family and caregiver issues in the treatment of patients with Alzheimer's disease. *Semin Clin Neuropsychiatry*, 2, 138-51.
- López, M.J., Orueta, R., Gómez-Caro, S., Sánchez, A., Carmona, J., y Alonso, F.J. (2009). El rol del cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su calidad de vida y su salud. *Revista Clínica de medicina de familia*, 2(7), 332-334.
- Losada, A., Izal, M., Montorio, I., Márquez, M., y Pérez, G. (2004). Eficacia diferencial de dos intervenciones psicoeducativas para familiares con demencia. *Rev Neurol*, 38(8), 701.
- Martín, M., Salvadó, I., Nadal, S., Miji, L.C., Rico, J.M., y Lanz, P. (1996). Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit. *Rev Gerontol*, 6, 338-46.
- McCallion, P., Toseland, R.W., y Freeman, K. (1999). An evaluation of a family visit education program. *J Am Geriatr Soc*, 47, 203-14.
- Olazarán, J., Sastre, M., y Martín, S. (2012). Asistencia sanitaria en las demencias: satisfacción y necesidades del cuidador. *Neurología*, 27(4), 189-196.
- Proctor, A., Martía, S., y Hewison, L. (2012). A study of carers' knowledge about dementia, preferred coping style and psychological distress. *Interl J Geriatric Psychiatry*, 6, 15-23.
- Schweiger, J.L., y Huey, R.A. (1999). Enfermedad de Alzheimer. Papel de la enfermera en el equipo asistencial. *Nursing (Ed. española)*, 17, 8-14.
- Zarit, S.H., Reeve, K.E., y Bach-Peterson, J. (1980). Relatives of the impaired elderly: Correlates of feelings and burden. *Gerontologist*, 20, 649-655.

CAPÍTULO 29

Valoración integral y actividades para la autonomía funcional del anciano

Miguel Barranco Justicia*, Noelia Gutiérrez García**,
Esmeralda Saborido Domínguez*, y Raúl García Jódar***

Hospital Universitario Son Espases; **Hospital Virgen Del Rocío; *Atención Primaria*

Introducción

El envejecimiento es una sucesión de modificaciones, fisiológicas y psicológicas de carácter irreversibles (Langarica, 1985).

Otra definición sería: la serie de cambios morfológicos, bioquímicos y funcionales que se dan a lo largo de la vida de los seres vivos (Biner y Bourline).

Durante el envejecimiento la serie de cambios producidos interactúan entre sí, estos cambios en la esfera biológica, psicológica y social y la sinergia entre ellos da como resultado una situación única para cada persona y que define su situación a la hora de determinar su funcionalidad. La situación funcional sirve como predictor e indicador de salud y puede utilizarse para estimar tasas de morbimortalidad y necesidad de recursos tanto sanitarios como sociales en el futuro (OMS, 1959).

Hay formas distintas de envejecer, una de ellas es el envejecimiento activo que viene a ser la manera de envejecer a través de la cual se utilizan los recursos de la persona para conseguir una óptima calidad de vida a través de la salud en todo el tiempo que dura el proceso de envejecimiento. Un envejecimiento saludable implica mantener la salud de las persona mayores y conseguir que permanezcan autónomas e independientes el mayor tiempo posible (OMS, 2012).

En España las proyecciones de la población a lo largo del plazo 2012-2052, estiman una pérdida del 10% de la población a cuarenta años vista. A partir de 2018 las muertes superarán a los nacimientos y se calcula un porcentaje en torno al 37% de población mayor de 64 años en 2052. El índice sintético de fecundidad debe estar por encima de 2,1 por mujer para que exista un reemplazo generacional (INE Proyecciones de la población de España a largo plazo, 2012).

Las consecuencias de este envejecimiento son varias: existencia de ancianos sin hijos, familias multigeneracionales, existencia de núcleos de población altamente envejecidos, aumento de la demanda sanitaria.

La capacidad funcional es la destreza que posee una persona dada para poder realizar las actividades usuales que realizan las mismas personas de su misma edad y condición, es decir las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) como son comer, aseo personal, vestirse, continencia urinaria y fecal y movilidad; cuando estas actividades no las puede realizar la persona o necesita ayuda se produce un déficit de autocuidado.

Ésta capacidad funcional como ya se ha dicho es el constructo de la correlación de la situación física, social y mental de cada persona, y la merma en cualquiera de estas situaciones o en el resultado final de la adición de estas pueden ser los signos y síntomas de enfermedades propias de las personas mayores o afecciones asociadas al envejecimiento debiendo diferenciarse de los cambios propios del proceso que son fisiológicos.

Dependencia es el estado de carácter permanente derivado de una pérdida de autonomía física, mental, sensorial... o sobrevenida por una enfermedad, discapacidad; que precisan el apoyo de otras personas o la ayuda mediante medios técnicos o herramientas para poder llevar a cabo aquellas actividades básicas de la vida diaria.

Se define al anciano frágil como el anciano que muestra una elevación de la vulnerabilidad frente a situaciones que agreden el equilibrio en el estado de salud del anciano que puede lograr disminuir la capacidad de adaptación del anciano y alteran sus reversas fisiológicas dando lugar o no a un desequilibrio pudiéndose manifestar como enfermedad si no se corrige (Fried, 2004).

Para determinar si un anciano es frágil se utilizan en la actualidad los criterios de Fried (2001):

- Fatiga crónica autodescrita.
- Debilidad (disminución de la fuerza muscular un 20% o más)
- Inactividad
- Disminución de la velocidad de la marcha.
- Bajada de peso involuntaria.

Para la estratificación del riesgo se utiliza el cuestionario de Barber (consta de 9 preguntas dicotómicas cada sí suma 1, y con un punto ya indicaría se anciano de riesgo).

Ley 39/2006 es la Ley de Promoción de la Personal y atención a las Personas en situación de Dependencia del 14 de diciembre reconoce la dependencia como derecho subjetivo y su atención es un derecho, regula su acceso para una atención estableciendo unos grados de dependencia y unas prestaciones (BOE Nº 299, 2006).

La ley contempla tres grados de dependencia:

Grado I. Dependencia moderada: la persona necesita que la suplan de manera parcial al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente.

Grado II. Dependencia severa: La persona precisa que la suplan dos o tres veces para realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD) o tiene gran necesidad de suplencia en su autonomía personal.

Grado III. Gran Dependencia: La persona necesita ayuda varias veces para las ABVD o ayuda permanente para logra autonomía personal.

Estos grados se establecen mediante un baremo en función de la edad, para los ancianos se utiliza el Baremo de valoración de dependencia aprobado mediante Real Decreto 504/2007 de 30 de abril. Donde una puntuación de 25 a 49 puntos corresponde a un grado I, una puntuación de 50 a 74 puntos equivale a un grado II y de 75 a 100 puntos sería un grado III.

Existen una serie de síndromes que por su elevada prevalencia entre las personas mayores constituyen los llamados síndromes geriátricos que frecuentemente están infradiagnosticados, no suelen ser detectados rutinariamente, lo que conlleva a que se incremente su morbimortalidad (Reuben, 1999).

De estos síndromes destacan cuatro:

Caídas: Los accidentes están en sexta posición en causas de mortalidad en mayores de 75 años son de causa multifactorial, pueden tener un origen intrínseco o relacionado con el propio anciano debido a los cambios por el envejecimiento, enfermedad o fármacos o por un origen extrínseco o del entorno.

Para prevenir las caídas lo primero a realizar es evaluar el riesgo de caídas, se utilizan una serie de pruebas para el equilibrio y la marcha tales como el test de romberg, tinetti o test Timed get up an go. Cambiar la conciencia y motivación del anciano para que actúe para prevenir las caídas y adaptar el entorno. Revisar la medicación que toma el anciano, ejercicio físico para mejorar la fuerza y el equilibrio, tratar problemas de visión si los hubiese.

Para medir el riesgo de caídas existe la escala Dowton, que valora 5 ítems con una puntuación mayor o igual a 3 se considera que existe el riesgo de caídas.

Deterioro Cognitivo: Es la pérdida progresiva de las capacidades mentales, cuando afecta a varias capacidades mentales y resulta en alteraciones funcionales se le denomina demencia. La primera causa de demencia en el anciano es la enfermedad de Alzheimer y las segunda las enfermedades cerebrovasculares.

Por ejemplo la enfermedad de Alzheimer es una patología degenerativa que se caracteriza por la pérdida de memoria es gradual y que afecta al resto de funciones. En España la prevalencia de demencia

es del 6,3 % en las personas mayores de 60 años. En el año 2013 murieron en España murieron 12.775 personas por Alzheimer (INE, 2015).

Incontinencia Urinaria: Es la pérdida involuntaria de orina que ocasiona un problema social o de salud, hay cuatro tipos de incontinencia: de urgencia (la más frecuente en el anciano), por rebosamiento, de esfuerzo y funcional.

Inmovilidad: Es la pérdida de la capacidad de moverse o desplazarse por motivos físicos, funcionales o psicosociales por causas tales como dolor, rigidez, demencia, depresión...

Su mantenimiento en el tiempo genera otra serie de problemas como la aparición de úlceras por presión, pérdida de tono muscular, alteraciones motilidad gástrica...

Para la medición del riesgo de aparición de UPP existen algunas escalas como La escala Emina, Norton y Braden.

Objetivo

Conocer que elementos, escalas, herramientas... se deben utilizar para el abordaje de la valoración en el anciano para determinar su autonomía funcional.

Metodología

Pregunta de investigación: ¿Qué herramientas de valoración se utilizan en ancianos para medir su autonomía y funcionalidad y actividades para conservarla?

Descriptores:

Anciano: Aged 80 and over, Aged .Comprehensive Health Care, Health of the Elderly, Frail Elderly

Autonomía: Personal Autonomy,

Actividades vida diaria: Activities of Daily Living,

Utilizando Pubmed la cadena de búsqueda con los descriptores: ("Frail Elderly"[Mesh] AND ("Aged"[Mesh] OR "Aged, 80 and over"[Mesh])) AND "Health Services for the Aged"[Mesh] se obtuvieron 843 resultados, 176 de ellos en los últimos 5 años.

Utilizando TRipdata base relleno de campos en la búsqueda a través de pregunta PICO: (Frail Elderly) (autonomy) se obtienen 69 resultados, 3 de ellos revisiones sistemáticas.

A través de La Biblioteca Cochrane Plus usando la búsqueda: Anciano AND valoración se obtiene 2 resultados.

Resultados

La valoración geriátrica es la forma de poder comprobar la capacidad funcional, esta valoración debe abordarse desde diferentes dimensiones (esfera mental, social, física) para cuantificar cualquier alteración del estado de salud del anciano y en ella deben participar diferentes disciplinas para lograr una completa evaluación y conseguir la puesta en marcha de un programa/ tratamiento coordinado que consiga el mantenimiento o restauración de la salud, autonomía y funcionalidad del anciano (SEGG, 2013).

- Valoración clínica

Entrevista detallada y valoración física del anciano, en función de estas se realizarán otras pruebas complementarias. La búsqueda activa de una serie de enfermedades que son frecuentes en ancianos y que se han descrito como (Síndromes geriátricos), son altamente específicas de los ancianos y cuyo germen está en la disminución de la capacidad funcional.

- Valoración funcional

La medición de la funcionalidad incluyen siempre las actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD):

Estas son aquellas habilidades que se definen como las más básicas aquellas indispensables para dotar de cierta autonomía a las personas y por su carácter básico son las últimas afectadas en el proceso de pérdida de capacidad funcional. Si estas habilidades no pueden ser llevadas a cabo por la persona

misma y no son cubiertas por otra, las necesidades humanas básicas no estarían cubiertas y su consecuencia última es la muerte.

Las escalas más usadas son:

- Índice de Katz (Katz, 1963), que mide 6 ítems, son seis actividades, clasificando a los ancianos de manera ordenada en categorías dependiendo de su capacidad para realizar cada una de las 6 tareas. Es un cuestionario validado y sirve para efectuar pronóstico para la capacidad funcional.

Se trata de un cuestionario que es rellenado por la persona misma con 6 actividades que se debe señalar si es capaz o no de realizar.

- El índice de Katz tiene 8 posibles resultados que son distribuidos por letras, de manera que se otorga la letra A a la persona que realiza las 6 actividades y se va siguiendo el abecedario hasta la letra G conforme se es incapaz de realizar las siguientes actividades:

A. Realiza todas las actividades.

B. Realiza todas las actividades menos una de ellas.

C. Realiza todas las actividades menos el baño y otra cualquiera.

D. Realiza todas las actividades menos el baño, vestido y otra cualquiera.

E. Realiza todas las actividades menos el baño, vestido, uso de W.C., y otra cualquiera.

F. Realiza todas las actividades menos el baño, vestido, uso del W.C., movilidad y otra cualquiera de las dos restantes.

G. No realiza ninguna actividad de manera independiente.

- Índice de Barthel (Mahoney, 1965), escala más utilizada para valorar las actividades de la vida diaria. Son 10 ítems (alimentación, baño vestido, aseo, deposición, micción, WC, sillón cama, deambulación, escaleras) puntuados con múltiplos de 5 donde 100 puntos es independiente, dependencia leve mayor o igual a 60 puntos, dependencia moderada de 40 a 55 puntos, dependencia severa de 20 a 35 puntos y menos de 20 puntos dependencia total.

La escala es utilizada tanto para medir la situación actual del paciente como la que tenía antes de la posible pérdida de funcionalidad con lo que puede servir para monitorizar la pérdida de independencia o la mejora de esta y el resultado de las actividades rehabilitadoras.

Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD)

Son actividades/ habilidades que no son tan básicas y precisan de una mayor capacidad funcional para su realización por lo tanto son más difíciles de conservar y se pierde antes la independencia para realizarlas. Están relacionadas con lo social y su pérdida no conlleva de manera inevitable a la muerte sino que están asociadas a la vida en la comunidad. Como las actividades básicas pueden servir como marcadores de riesgo a la hora de buscar pérdida de funcionalidad. Deben ser tenidas en cuenta especialmente en personas que viven solas pues el aislamiento de estas puede ser el primer síntoma de estar alteradas. La más usada es la escala de Lawton y Brodyb (Lawton y Brody, 1969).

• Valoración mental

Se deben contemplar el estado cognitivo y afectivo, con especial atención a síntomas de confusión, demencia y depresión.

Se utiliza para evaluar deterioro cognitivo el Cuestionario de Pfeiffer o SPMSQ (Escala de Short Portable Mental Status Questionnaire) (Pfeiffer, 1975), está confeccionado especialmente para personas mayores que pudieran presentar deterioro cognitivo como escala de cribado. Su uso es apto en personas analfabetas y con déficits en los órganos de los sentidos. Su principal problema es su poca sensibilidad a los cambios, es un buen predictor de si hay o no deterioro pero mide muy mal los cambios o el nivel de deterioro.

El Miniexamen Cognoscitivo adaptado por Lobo (MEC de Lobo) (Lobo, 1979) es un test que fue validado para nuestro país. Es un test con alta especificidad y sensibilidad para medir deterioro cognitivo.

La Escala GDS de Reisberg (Reisberg, 1982) para estudiar la demencia es una escala cualitativa que define 7 estados desde normal a demencia grave.

Con el fin de conocer el área afectiva se utiliza la escala Yessavage (Yessavage, 1983). Para buscar depresión, Goldberg para ansiedad/depresión (Goldberg, 1988) y Filadelfia (Lawton, 1975) para, medir el bienestar y satisfacción.

- Valoración social

Para la valoración se debe tener en cuenta también el entorno social, pues también afecta no solo como marcador de riesgo pues un buen apoyo social puede paliar los déficits que tenga el anciano sino que también la detección de problemas sociales, como aislamiento o poca relación familiar pueden alertar sobre problemas ya existentes en el anciano. Para completar esta valoración además de su situación socio familiar se debe examinar la capacidad de acceso a los recursos sociales y los recursos propios del anciano.

Las escalas más utilizadas son:

- Escala sociofamiliar de Gijón, mide el apoyo que tiene el paciente. Consta 5 ítems puntuados mediante escala Likert de 1 a 5 con 16 o más puntos se establece riesgo social.
- El cuestionario de Apgar familiar (Smilkstein, 1978) examina el funcionamiento familiar. Se puntúa de 0 a 2 en 5 ítems y por debajo de 7 puntos se considera disfuncionalidad familiar.
- Cuestionario de Zarit (Zarit, 1989) Índice de sobrecarga del rol del cuidador. Preguntas medidas con una escala Likert de 0 a 4 donde por debajo 46 puntos no existen sobrecarga.
- Índice de sobrecarga del cuidador (López y Moral, 2005) 13 preguntas dicotómicas cada sí suma un punto y una puntuación de 7 o más indica sobrecarga.

Discusión/Conclusiones

Existen una serie de escalas de medición para el abordaje en las diferentes esferas que comprenden al anciano (Kane, 1997) su utilización es fundamental para poder mejorar la comunicación entre profesionales sobre la situación del anciano (Laporte, 1999) así como para establecer las distintas limitaciones y áreas donde se deben centrar los cuidados para recuperar la funcionalidad y autonomía.

Referencias

- Birge, A. (2009). Actividades de la vida diaria y Actividades instrumentales de la vida diaria. *Willard and Spackman Terapia Ocupacional. 11ª Edición*. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Carlos, A.M., Martínez, F., Molina, J.M., Villegas, R., Aguilar, J., García, J., y Formiga, F. (2009) *Desarrollo de criterios, indicadores de complejidad y estrategias de manejo en fragilidad*. Sevilla: Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía.
- Ellis, G., Whitehead, M.A., Robinson, D., O'Neill, D., y Langhorne, P. (2011) Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital: meta-analysis of randomised controlled trials, *The BMJ*, 343.
- Fried, L.P., y Guralnik, J.M. (1997) Disability in older adults: evidence regarding significance, etiology, and risk. *Journal of the American Geriatrics Society* 45(1), 92-100.
- García, M., Gallo, J., y Medina, F.J. (2011). *Recursos Geriátricos. Valoración Geriátrica Integral*. Madrid: Enfo Ediciones.
- Hébert, R. (1997). Functional decline in old age. *Canadian Medical Association Journal*, 157(8), 1037-1045.
- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. *BOE*, núm. 299.
- Sebastián, M., Valle, I., y Vígara, A. (2011) *Guía de Orientación en la práctica profesional de la valoración reglamentaria de la situación de dependencia*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Igualdad y Asuntos Sociales.
- Sociedad Española de Geriatria y Gerontología., (2013). *Manual de buena práctica en cuidado a las personas mayores*. Madrid: IMC.
- Wetzels, R., Harmsen, M., Van-Weel, C., Grol, R., y Wensing, M. (2007) Interventions for improving older patients' involvement in primary care episodes. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. Art. No.: CD004273. DOI: 10.1002/14651858.CD004273.pub2.

CAPÍTULO 30

Estimulación cognitiva de la memoria de trabajo y habilidades ejecutivas en adultos mayores con desgaste asociado a la edad

María del Carmen Olarte

Parroquia Norte de Bogotá. Trabajo social con la Comunidad. Psicólogo, Especialista en Salud Familiar y Comunitaria, Master en Educación

Introducción

La memoria de trabajo es un concepto que ha sido tratado por numerosos investigadores en las últimas décadas en base a resultados efectuados con niños, personas adultas y de la tercera edad en el campo de la investigación; inicialmente solamente se hablaba de los almacenes de memoria a corto y largo plazo, pero estos conceptos fueron insuficientes para explicar la forma en que la información registrada y almacenada en la memoria a corto plazo pasa a formar parte de la memoria a largo plazo. Los procesos de la memoria y sus características, división e importancia de los lóbulos y el hipocampo han sido descritos a raíz de numerosos hallazgos encontrados en personas que han sido intervenidos quirúrgicamente o han sufrido Traumatismos craneoencefálicos (TCE) o algún accidente cerebrovascular (ACV) en su vida.

La memoria de trabajo es llamada también memoria a corto plazo, se define como aquella que registra y mantiene información reciente en forma accesible y por un período corto de tiempo, y como nos dice (Tulving y Schacter, 1990) en su clasificación la memoria a corto plazo contiene información rápidamente disponible sobre eventos cognoscitivos recientes los cuales al pasar a la memoria a largo plazo pueden convertirse en hábitos o destrezas formando la memoria Procedural, como también si encierran un conocimiento general del mundo se le llama memoria Semántica o si son hechos recientes del pasado personal forman la memoria Episódica; los cuales son llamados subsistemas de memoria. (Baddeley, 1983) nos dice de la memoria de trabajo, que es un proceso mental a través del cual se almacena la información transitoriamente y se somete a procesamiento en la mente; ya que dicha información puede provenir tanto de estímulos externos que se atienden y procesan en un preciso momento, como de estímulos almacenados a lo largo del tiempo, en la memoria a largo plazo.

El modelo de (Atkinson y Shiffrin, 1971) define los subsistemas teniendo en cuenta la memoria Sensorial (vista, oído, olfato, gusto y tacto) la cual al registrar o codificar la información la lleva a un sistema temporal y de capacidad limitada llamada memoria de corto plazo y que al ser significativa para la persona por medio del uso correcto de la atención y la captación de detalles es llevada y guardada en la memoria a largo plazo; sin embargo como nos indican los autores, el modelo de Atkinson y Shiffrin es insuficiente para explicar porque los pacientes con déficit severo en la memoria de corto plazo, no presentan deterioro de la memoria de largo plazo, Baddeley subdivide la memoria de corto plazo por medio de su modelo “Working Memory”, el cual está compuesto por una colección de capacidades intrínsecas al sistema de procesamiento de la información la cual se mantiene mientras está siendo procesada y al ser traducida al español se considera como memoria de Trabajo, destacando la importancia en la atención, el procesamiento consciente y la capacidad de la misma, integrando procesos cognitivos que permiten la comprensión del lenguaje, el aprendizaje y el razonamiento (Baddeley, 1988-1992).

El concepto de la memoria de trabajo, ha sido estudiado ampliamente en psicología cognitiva en las diferencias cognitivas evolutivas en adultos mayores; a partir del año 2004 han aumentado la cantidad de artículos que incluyen este concepto y esta función cognitiva ha sido estudiada en diferentes ámbitos,

como la medicina, la psicología, biología, etc., además en campos relacionados con el abuso de drogas y alcohol, los cuales afectan negativamente el funcionamiento de la memoria de trabajo; a su vez algunos autores relacionan la memoria de trabajo con el procesamiento de la información; se analiza cómo el enlentecimiento en esta memoria produce dificultades en el registro, procesamiento y recuperación de la información pero que pese a esos cambios el cerebro del anciano puede mantenerse activo mediante nuevos aprendizajes que varían de acuerdo a la edad, el género y el nivel educativo; entre mayor es el sujeto la posibilidad de desarrollar patologías neurodegenerativas es mayor y el nivel educativo cuando es bajo condiciona mayor número de casos; en la Memoria de Trabajo numerosas actividades de la vida cotidiana, requieren un procesamiento activo y una transformación, así como la retención de información relevante, por lo tanto la Memoria de Trabajo, predice habilidades cognoscitivas complejas como la comprensión de lectura, el razonamiento, las habilidades matemáticas y la inteligencia.

Funciones ejecutivas: Lezac define las funciones ejecutivas como las capacidades para llevar a cabo una conducta eficaz, creativa y socialmente adaptada (Lezac, 1982), también se considera que las funciones ejecutivas abarcan una serie de procesos cognitivos entre los que se destacan la elección de objetivos, la planificación, selección de la conducta, autorregulación, el autocontrol y el uso de realimentación (Sholberg y Mateer, 1989); la psicología cognitivo conductual plantea en las funciones ejecutivas, técnicas de resolución de problemas con un proceso como es: Definir el problema, plantear alternativas, aplicar la planeación, valorar el resultado, e introducir correcciones si son necesarias, las alteraciones ejecutivas causan dificultades de adaptación familiar, social y profesional en las personas con daño cerebral sobrevenido; en el contexto clínico cuando se habla de síndrome disejecutivo, se definen una serie de alteraciones que comprenden: Dificultad para centrarse en una tarea y terminarla, mentalidad rígida y perseverante, dificultad en establecer repertorios conductuales y utilizar estrategias operativas, limitaciones en la creatividad y productividad, así como dificultades en abstracción de conceptos y en anticipar consecuencias del comportamiento ya que muestran un comportamiento inconsistente y no saben organizar ni utilizar de forma eficiente las capacidades conservadas. En el desarrollo de concepto de la función ejecutiva una figura crucial la constituye (A. R. Luria, 1979) con sus observaciones del comportamiento de los pacientes con diferentes fallas de la función, y su evaluación que fueron recopiladas en baterías de exploración neuropsicológica (Christensen, 1979; Lezac, 1995).

En el adulto mayor el declinar de los procesos mentales presenta una serie de cambios causando dificultades en los procesos cognitivos, sensorial y motor no es igual para todos pues varía de acuerdo al estilo de vida y los hábitos de los sujetos, una de las causas proviene de cambios en el sistema nervioso central y neurobiológico a nivel de los lóbulos frontal y temporal, y fallas en el hipocampo que producen dificultades para el aprendizaje de nueva información (Ventura, 2005) por lo cual las quejas en el envejecimiento se refieren a: Reducción de la velocidad de procesamiento de la información fallas en la atención y en la memoria de trabajo, problemas sensoriales, dificultades en el lenguaje comprensivo, expresivo, narrativo, desorientación espacial y temporal, también dificultades en la memoria semántica y olvidos continuos, así como en la solución de problemas personales que lo convierten en un sujeto dependiente perdiendo la capacidad de decisión y manejo de su vida; La estimulación busca promover la salud mental del anciano contribuyendo a retardar el deterioro en los procesos cognitivos en especial en la memoria de trabajo y las funciones ejecutivas, y conocer los déficit y el grado de deterioro cognitivo, para que por medio de un programa de rehabilitación se logre la concientización de la importancia de cuidar diariamente la salud mental buscando tener un envejecimiento satisfactorio.

El deterioro cognitivo leve (DCL) o mínimo es llamado sin demencia, corresponde a déficits subjetivos y objetivos de la cognición, que son comunes al adulto mayor, pero no hay compromiso en las actividades funcionales del sujeto y mínimo deterioro en funciones instrumentales; frecuentemente se observa en personas mayores de 60 años; y resulta importante porque la edad es un factor de riesgo, ya que su conversión a demencia conlleva factores de riesgo cardiovascular; por tanto se requiere poder

realizar la detección precoz del deterioro cognitivo desde Neurología para el tratamiento farmacológico correspondiente, así como tratamiento no farmacológico realizado por un Neuropsicólogo o Psicólogo especializado. Los dominios cognitivos que deben ser evaluados son: Atención, memoria de trabajo, memoria a largo plazo en evocación y aprendizaje, funciones ejecutivas que incluyen solución de problemas, juicio y planificación, capacidad de tomar decisiones y resolver problemas de la vida diaria; habilidades visoespaciales y visoconstructivas para evaluar la capacidad de organizar los elementos en el espacio en base a información visual; el lenguaje expresivo, fluidez nominación, comprensión y lectoescritura; igualmente el razonamiento abstracto en deducción de conceptos, signos y figuras; aspectos que se trabajan en la estimulación cognitiva para el adulto mayor.

La rehabilitación cognitiva por estar incluida en un contexto de atención biopsicosocial incluye directamente la rehabilitación de la memoria, la atención, las alteraciones ejecutivas, los trastornos emocionales y la conducta en personas con daño cerebral; enfermedades como el Alzheimer, Parkinson, esclerosis múltiple etc., así como el daño cerebral adquirido, la neuro-degeneración, el trastorno mental severo y otros, presentan alteraciones cognitivas de mayor o menor intensidad destacando las demencias cuya incidencia crece conforme la población envejece impactando las estructuras familiares y los recursos de la sociedad. La alteración de la memoria está presente en la mayoría de etiologías que cursan con daño del SNC estructural o funcional; en estudios realizados sobre diferentes patologías de la memoria podemos observar: Pacientes con daño cerebral sobrevenido con déficits significativos y permanentes de la memoria en un 36% de los afectados; el 10% de las personas mayores de 65 años que padecen demencia tipo Alzheimer siendo la alteración de la memoria el síntoma más prevalente; 34% de las personas afectadas de esclerosis múltiple con problemas de memoria de moderados a severos; el 70% de los afectados de SIDA; el 10% de las personas con epilepsia del lóbulo temporal (Wilson, 2009).

En el adulto mayor normal se busca prevenir los déficits cognitivos causados por la edad y en aquellos adultos que tienen problemas neurológicos y que requieren rehabilitación, Luria propone un cuadro teórico general para el abordaje de dichos trastornos consecutivos a lesiones frontales, los cuales provocan incapacidad para traducir lo pensado en acciones, perturbación en los mecanismos de control y autorregulación y sintomatología conductual y emocional mostrándose poco motivados, impulsivos y anosognósicos, etc., otros autores proponen reorganización del entorno, utilización de ayudas externas, entrenamiento en habilidades específicas, y restauración de los procesos ejecutivos perturbados abordando las dificultades de planificación, organización, autorregulación o autocontrol observadas en resolución de problemas abstractos o de la vida diaria, para producir la transferencia entre diferentes situaciones. La terapia cognitivo conductual en la cual se trabaja el procedimiento de autoinstrucción como técnica para verbalizar un plan antes y durante la ejecución de la tarea de entrenamiento, así como mejorar las capacidades de autoobservación del paciente, la relajación y la imaginación temática, así como las técnicas de psicoterapia han dado gran resultado en muchos pacientes.

Para facilitar los procesos de memorización o de recuerdo de la información, se han propuesto estrategias de memoria interna, promover los índices de recuperación eficaces, el entrenamiento en tareas de dominio específico, el aprendizaje de conocimientos nuevos y desarrollo de habilidades perceptivas y motoras, impedir la aparición de errores por la dificultad de los mismos de aprender de sus propios errores, y técnicas como desvanecimiento de la ayuda, recuperación espaciada, efectivas en pacientes con déficits severos de memoria. La rehabilitación cognitiva con programas multifactoriales para grupos plantea programas psicoeducativos, rehabilitación grupal, contención, soporte e intervención psicológica. Los cuales tienen en cuenta factores cognitivos generales como la capacidad atencional, rapidez del tratamiento de la información, capacidad de inhibición, y factores no cognitivos como el estado físico, sueño, fatiga y estado emocional. En pacientes post ictus se ha utilizado con gran éxito la estimulación magnética transcraneal, los diferentes estudios han demostrado la mejoría de los trastornos motores, la afasia, la disartria, la disfagia orofaríngea, y las dificultades, perceptivo cognitivas; en los trastornos afásicos la psicolingüística basada en estrategias restaurativas, y facilitadoras de los déficits del lenguaje,

y la pragmática, centrada en el uso que el paciente hace del lenguaje en los contextos lingüísticos sociales y relacionales así como en su vida cotidiana.

En la estimulación cognitiva gran parte de los programas utilizan técnicas restaurativas y facilitadoras las cuales plantean ejercicios repetitivos para optimizar las funciones cognitivas, lenguaje, memoria, atención, práxias gnosis etc., con formatos mixtos grupal e individual, para incidir favorablemente en las capacidades indemnes o preservadas; en las demencias se utilizan técnicas de orientación a la realidad, técnicas emocionales, adecuación del entorno y las rutinas; por otro lado autores como (Clare et al., 2013) confirman los beneficios de la rehabilitación cognitiva en las primeras fases de la demencia, y señalan la importancia de incluir una rehabilitación orientada a fines y la importancia de pensar de manera diferente la demencia tipo Alzheimer y el envejecimiento. De gran importancia el modelo comunitario de intervención en el abordaje a los pacientes con las técnicas vistas anteriormente, el entorno físico y temporal adecuado, la psicoeducación a los familiares y cuidadores; y la importancia actual de la red asistencial y las asociaciones con tratamiento ambulatorio; ingreso en las unidades de rehabilitación, dispositivos de día, ingresos de larga estancia que permiten reducir el impacto de los problemas en los pacientes, cuidadores y familias. El presente trabajo pretende medir la memoria de trabajo y las funciones ejecutivas en el adulto mayor mediante una investigación mixta, cuantitativo cualitativo, con el fin de conocer el déficit cognitivo causado por la edad y por medio de un programa de estimulación cognitiva, incentivar en la importancia de la práctica continua de la gimnasia cognitiva.

Método

Investigación Enfoque mixto: Cuantitativo-Cualitativo.

Participantes

- Muestra:

Veinte adultos mayores en edades comprendidas entre 50 Y 85 años, 3 sexo masculino y 17 sexo femenino, sintomatología normal con deterioro leve de acuerdo a la edad.

- Sitio de la Intervención:

- Centro Parroquial Niza. Ciudad de Bogotá, Colombia.

- Duración del Tratamiento:

- 16 sesiones, 1 sesión semanal de 2 horas y dos sesiones Individuales.

- Personal Terapéutico:

- 1 Psicóloga Docente.

- Metodología:

- Grupal e Individual, activa participativa, en la cual tiene gran importancia el uso de la Musicoterapia en cada una de las sesiones y las técnicas de la terapia cognitivo conductual y claves de nemotecnia.

Instrumentos de Evaluación

- Entrevista individual y anamnesis o historia personal.

- Escala de dificultades de memoria y atención en forma individual.

- Dígitos y secuencias de números y letras (WAIS IV) para evaluar atención y memoria de trabajo, con procesos auditivos y verbales.

- Test de la figura compleja de Rey para evaluar la organización perceptual y la memoria visual.

Procedimiento

Memoria de Trabajo

Procesos Cognitivos

Tabla 1. Procesos Cognitivos

Memoria de Trabajo	Funciones ejecutivas
Memoria a corto plazo.	Habilidades viso-espaciales, perceptivas y viso-construktivas.
Orientación.	Iniciativa.
Atención.	Autocontrol.
Memoria a Largo plazo.	Resolución de problemas.

Estrategias y Técnicas para el Registro o Codificación de la Información.

• Estrategias:

- Observación continúa.
- Atención: Focal, sostenida, selectiva, alternante y dividida: sonidos voces, instrumentos, fotos, ritmos, etc.
- Concentración profunda.
- Técnicas Cognitivo Conductual:
- Relajación muscular progresiva: registro sensorial, visual, auditivo, olfativo, gustativo, táctil y perceptual.
- Desvanecimiento: Fase aditiva y fase sustractiva.
- Distracción cognitiva: Juegos, bailes, recreación.

Estrategias y Técnicas para la Retención y almacenamiento de la Información.

• Estrategias:

- Organización y asociación de información.
- Reglas de mnemotécnica (Wilson, 1995; Higbee, 1996). Convertir datos en imágenes, conversiones numéricas etc.
- Técnica de la historia: Elaborar historia con cosas que desea recordar, especialmente cuando se definen secuencias.
- Técnicas Cognitivo Conductual.
- Relajación con imaginación temática: La tensión interfiere en los procesos de memoria, relajarse permite evocar los recuerdos.
- Encadenamiento: Improvisación vocal o rítmica, series numéricas.
- Auto-registro de olvidos: Nombres, sitios, situaciones, palabras, frases.
- Resolución de problemas.

Estrategias y Técnicas para la Evocación y reconocimiento de la Información, al pasar a la memoria a largo plazo.

• Estrategias:

- Organización y asociación de información.
 - Reglas de mnemotécnica (Wilson, 1995; Higbee, 1996). Convertir datos en imágenes, conversiones numéricas etc.
 - Técnica de la historia: Elaborar historia con cosas que desea recordar, especialmente cuando se definen secuencias.
 - Técnicas Cognitivo Conductual.
 - Relajación con imaginación temática: La tensión interfiere en los procesos de memoria, relajarse permite evocar los recuerdos.
 - Encadenamiento: Improvisación vocal o rítmica, series numéricas.
 - Auto-registro de olvidos: Nombres, sitios, situaciones, palabras, frases.
 - Resolución de problemas.
- Habilidades ejecutivas.
- Ordenar, planificar, realizar secuencias y encontrar diferencias.

Habilidades Viso-espaciales: Percepción de dimensiones espaciales básicas como:

- Identificar posiciones de objetos.
- Direccionalidad, organización espacial.
- Seguir instrucciones y completar figuras.
- Identificar figuras geométricas.
- Localizar sonidos.
- Diferenciar objetos con diferente orientación espacial.
- Diferencias en espejo.
- Completar figuras rotantes.
- Seguimiento visual: Caminos, laberintos, trayectoria de objetos en movimiento.
- Estimación de la velocidad de objetos.
- Percepción de semejanzas y diferencias.

Razonamiento e Inteligencia: Percepción visual como:

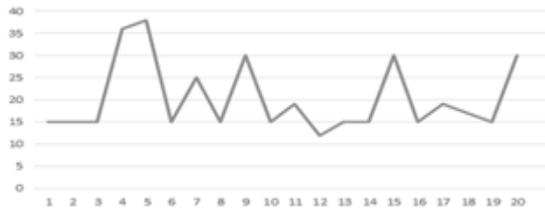
- Completar dibujos, ordenar piezas, localizar dibujos rompecabezas, imágenes invertidas, seguir y completar series, juego con colores y formas en el espacio.
- Razonamiento abstracto.
- Resolución de problemas de la vida diaria.

Resultados

Tabla 2. Pre-Test

Adultos mayores	edad	nivel educativo
1	60	superior
2	60	superior
3	74	superior
4	75	superior
5	74	superior
6	75	superior
7	62	superior
8	57	secundaria
9	78	superior
10	70	superior
11	84	superior
12	50	superior
13	88	superior
14	80	superior
15	70	superior
16	76	superior
17	72	superior
18	59	superior
19	78	superior
20	80	secundaria

Gráfica 1. Memoria de Trabajo



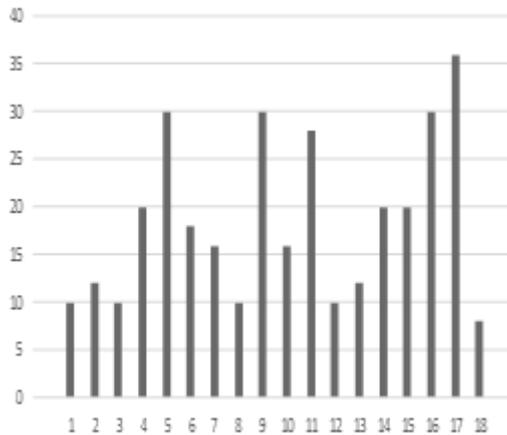
Gráfica 2. Procesos Auditivos y Verbales



Gráfica 3. Test de la figura compleja de Rey



Gráfica 4. Resultados Post-test



En la evaluación Post-Test se aplicaron los siguientes Test:

Memoria del Trabajo:

Evaluación Individual.

1. Cuestionario Disejecutivo (DEX-Sp).

Memoria de Trabajo Visual:

Evaluación grupal.

1. Presentación de láminas con dibujos superpuestos: Observación, registro y almacenamiento; retiro de láminas y dibujo de las figuras memorizadas.

2. Alfabeto con las manos: Aprendizaje y reconocimiento visual.

3. Reconocimiento de caras: Lámina con caras de actores sociales.

Memoria de Trabajo Auditiva:

Evaluación grupal.

1-Sonidos ambientales: Escuchar, reconocer y reproducir.

2-Comparación de sonidos por timbre, altura y duración.

Funciones Ejecutivas:

Área Dorsolateral: Se evalúa razonamiento, atención, flexibilidad cognitiva y resolución de problemas.

Claves de números, dígitos inversos y secuencias de números y letras de la prueba Weschsler (1997).

Evaluación grupal: Laberintos, secuencias, crucigramas y sopa de letras.

Área Medial o del Cíngulo: Medir atención selectiva: Test de caras (Evaluación grupal).

Área Orbitofrontal: Control de Impulsos, interferencia y regulación emocional, golpeteo con puño y palma de la Nepsy (Evaluación grupal).

Las evaluaciones realizadas en el Postest muestran los siguientes resultados: El cuestionario Disejecutivo (Dex- Sp) es un instrumento fácil de aplicar, con poca inversión de tiempo y dinero, en el caso de adultos mayores la puntuación es la siguiente:

Inferior a 10 normal; 10-18 funcionamiento sub- óptimo; 19-28 moderadamente disejecutivo (estrés, ansiedad) 28 en adelante alteraciones, buscar causas para ver si existe sintomatología relevante para la clínica, que puede ser. Patologías cerebrales degenerativas, o traumáticas o accidentes cerebrovasculares (ACV) o Traumatismos craneoencefálicos. (TCE), depresión, esquizofrenia, demencias etc.; en la cual se encuentra alteración de los lóbulos frontales. Los 5 adultos con 28 puntos o que los sobrepasaron; están diagnosticadas en psiquiatría y neurología por patologías cerebrales, las demás evaluaciones realizadas en el post-test en forma grupal, muestran resultados muy similares a los del pre-test, o sea normales; algunos de los adultos que tuvieron puntaje bajo en el pre-test mejoraron en sus pruebas. Se notó gran motivación, interés y puntualidad en el trabajo realizado.

Los adultos mayores expresan la necesidad de continuar con la estimulación durante todo el año.

Tabla 3.

Actividades	Instrumentales
1	8
2	8
3	8
4	7
5	8
6	6
7	8
8	8
9	7
10	8
11	8
12	6
13	8
14	8
15	8
16	8
17	7
18	7
19	8
20	7

Tabla 4.

Puntuación	Dependencia
0-1	Total
2-3	Severa
4-5	Moderada
6-7	Ligera
8	Independencia

Discusión/Conclusiones

La evaluación grupal se realizó en forma continua durante la estimulación cognitiva, evaluar adultos mayores en forma cuantitativa es complicado con algunos ya que no lo aceptan y se retiran.

En la evaluación cualitativa y cuantitativa realizada se analizó cómo las funciones cerebrales superiores siempre deben ser evaluadas en los adultos mayores sanos para medir el desgaste cognitivo presentado de acuerdo a la edad, aunque puede observarse en el grupo conservación de las mismas en forma normal; la memoria de trabajo, que es la misma memoria a corto plazo pero que es utilizada en el momento relacionada con una tarea específica; presenta dificultades notorias en los adultos mayores que pasan de 80 años de edad, en especial cuando los conocimientos son de tipo matemático, por cuanto confunden cantidades y se les dificulta la realización de operaciones de cálculo y de razonamiento abstracto.

La capacidad de almacenar información en un tiempo determinado también debe ser evaluada, ya que la atención sostenida disminuye, aunque el aprendizaje de conocimientos se da y no se olvida fácilmente; se observa dificultad en la evocación en especial en la memoria semántica.

La evaluación de las funciones ejecutivas que incluyen planificación juicio y solución de problemas de la vida cotidiana así como problemas de tipo matemático y lógico; se demuestran en la independencia en la vida cotidiana; los adultos mayores demuestran ser independientes hasta en edades avanzadas, toman sus propias decisiones y resuelven sus problemas diarios; se observa que aquellos adultos que son demasiado cuidados por sus hijos o familiares, pierden cierto grado de independencia y la capacidad de enfrentarse a su vida y sentir la satisfacción de influir directamente en ella por medio de sus propias decisiones; así como la poca realización de actividades significativas.

La orientación espacial y temporal que se analiza en la memoria episódica, falla mucho con la edad ya que el adulto necesita todos los días estar recordando la fecha y los sitios que va a recorrer para poder ubicarse en la realidad; en edades avanzadas los cuidadores les colaboran cuando es necesario, y es un aspecto importante en la estimulación cognitiva. Las habilidades viso-constructivas como son la capacidad de organizar los elementos en el espacio en base a la información visual del entorno, se conservan, aunque se presentan dificultades en los análisis gráficos o con dibujos de tipo abstracto, los adultos las realizan en grupo pero pocas veces en forma individual.

El lenguaje expresivo, la fluidez, nominación, comprensión y lectoescritura, se observa en los sujetos, un cierto grado de conservación en algunos hasta edades avanzadas y en otros fallas, de acuerdo al uso del lenguaje en las diferentes etapas de la vida; las fallas de la memoria en este sentido, algunas veces causadas por la edad y en otros por alteraciones cognitivas que da origen a demencias o patologías, que se inician con apatía, ansiedad y depresión así como delirios, agitación, y alucinaciones en etapas más avanzadas; por eso es necesario que el adulto mayor analice sus cambios y pueda saber si realmente estos son indicativos para consultar y lograr un diagnóstico precoz de los trastornos cognitivos; así como de las alteraciones conductuales.

La estimulación cognitiva busca que el adulto sea consciente de la importancia del cuidado de su salud mental y cognitiva y del mantenimiento de la misma, llevando una vida activa y utilizando su memoria y sus facultades en forma exitosa; igual que la gimnasia física es importante para conservar la salud física; la gimnasia mental es de gran importancia para lograr calidad en la vejez y llevar una vida significativa y útil para sí mismo y para los demás; nos hallamos ante un tipo de sociedad en la cual el adulto mayor ocupa un porcentaje significativo, y posteriormente la sociedad será constituida en su mayor parte por adultos mayores; por este motivo son necesarias investigaciones continuas sobre el tema.

Referencias

- Albert, M.S. (1988) Cognitive Function. En: M. S. Albert y M. B. Moss (Eds). *Geriatric Neuropsychology*. Nueva York: Guilford.
- Arango, J.C. (2006) *Rehabilitación Neuropsicológica*. México: Ed. Manual Moderno.
- Ardila, A., y Ostrosky, F. (1991) *El diagnóstico del daño cerebral, enfoque neuropsicológico*. México: Trillas.
- Atkinson, R. C., y Shiffrin, R. M. (1971). The control of short term memory. *Scientific. American* 225(2), 82-90.
- Baddeley, A. (1986) *Working memory*. London: Oxford Univ. Press.
- Baddeley, A. (2003) Working memory: Looking bak and looking forward. *Nature reviews*, 4, 829-839.
- Bigler, E. and Clement, P. (1997). *Third edition. Diagnóstico Clinical Neuropsychology*. University of Texas Press Austin. Printed United States of América, 77.
- Clare (2013) *International Psychogeriatrics*, 25, 128-139.
- Delgado, I.D., y Etchepareborda, M.C. (2013) Trastornos de las funciones ejecutivas. Diagnóstico y tratamiento. *Rev Neurol*; 57(1), 95-103.
- Fernandez, S., y Muñoz, J. M. (1997). Las familias en el proceso de rehabilitación de las personas con daño cerebral sobrevenido. *Psicología*, 1(1).
- Geschwind, N. (1967). Wernicke's contribution to the study of aphasia- *Cortex*, 3, 449-463.
- Gontier, J. (2004). *Memoria de trabajo y envejecimiento*, 13(2) ,111-124.
- Hernández, E., y Cansino, S. (2011) Envejecimiento y memoria de trabajo: El papel de la complejidad y el tipo de información. *Rev. Neurol*, 52, 147-53.
- Kenneth, B. (2007) *Musicoterapia. Métodos y prácticas*. México: Ed.Pax.
- Lezac, M.D. (1982). The problem of assessing executive functions. *Int J Psychol* 17, 281-97.
- Luria, A.R. (1979). *El cerebro en acción (Segunda edición)* .Barcelona: Editorial Fontanella (Spanish).
- Luria, R; (1979). *El cerebro en acción*. Barcelona: Editorial Fontanella.
- Marques Rodríguez, y Herencia, A. *Técnicas de Modificación de Conducta*. Granada (España): Centro de Psicología Aaron Beck.
- Melgar, F. (2012) *Geriatría y Gerontología para el médico Internista*. Bolivia: Ed. La hoguera Investigación.
- Muñoz-Céspedes (2004). Rehabilitación de las funciones ejecutivas. *Rev. Neurol*, 38(7): 656-663.
- Quintanar, F. (2011) *Atención Psicológica de las personas mayores*. México: Ed. Pax.
- Sohlberg, C.A. (1989) *Introduction to cognitive rehabilitation*. New York: The Guilford Press.
- Sohlberg, C.A. (2001). *Cognitive rehabilitation*. New York: The Guilford Press.

CAPÍTULO 31

Diseño y evaluación de un programa piloto para la mejora de la autoestima en una muestra de personas mayores

Silvia Petkova Petkova y Antonio Caballer Miedes
Universitat Jaume I de Castellón, Facultad de Ciencias de la Salud

Introducción

Hacerse mayor hoy en día es un proceso muy dinámico y estamos sometidos a continuos cambios, que además de ser rápidos, son también inesperados. La sociedad avanza a una velocidad incontrolada y este avance afecta sobre todo al sector de la tercera edad. Algunos siglos atrás, los cambios eran esperados y la gente envejecía en un entorno cercano y familiar. Todo esto en la sociedad del siglo XXI es imposible ya que estamos sumergidos en un proceso de crecimiento muy distinto. Según Gergen (1992) “en muchos aspectos estamos alcanzando lo que podría considerarse un estado de saturación social”.

Lo que produce este avance rápido en las personas mayores es, en ocasiones, la carencia de recursos personales para adaptarse e interactuar con la realidad actual. La sociedad de hoy en día exige a las personas mayores más independencia y más libertad, ya que antiguamente los más jóvenes eran los que se encargaban de las necesidades de los mayores y se ocupaban de ellos. Mientras que ahora, estamos todos “demasiado ocupados” para además tener que “cargar con el peso” de nuestros padres o abuelos. Para algunos, estos tópicos sirven de excusa, aunque tienen parte de justificación porque cuando se introdujo a la mujer en el mundo laboral, ya no había nadie en casa para poder encargarse de las tareas domésticas y de los cuidados de los ancianos.

Ahora cuidamos de los mayores pero desde la distancia, o bien viven solos si pueden valerse por sí mismos, o bien son derivados a una residencia, donde les visitan de vez en cuando sus familiares. “En un estilo nuevo en el que desde la distancia se aporta seguridad pero favorece la libertad de cada cual y se ha venido a denominar como solidaridad intergeneracional e intimidad a distancia” (Bermejo, 2010).

Encontramos diversos estudios comparativos que relacionan los mayores institucionalizados y no institucionalizados con la autoestima. Así pues, en un estudio de la Universidad de Lima, encontramos que “...se observó que existe una relación significativa e inversa entre la depresión y la autoestima en los grupos estudiados [...] pero al comparar los grupos con los niveles de depresión y autoestima estos presentan resultados similares” (Orosco, 2015). Por tanto, no influye que los mayores estén institucionalizados o no, al menos en este caso. Por otro lado, Villavicencio midió el nivel de autoestima de las personas adultas que acuden a los comedores de la Sociedad Pública de Beneficencia de Lima, y los resultados mostraron que “la mayoría de los adultos mayores mostraron nivel de autoestima bajo; no hubo diferencias porcentuales entre los niveles intermedio y alto” (Villavicencio, 2011).

El envejecimiento es un proceso que dura desde que nacemos hasta que morimos, es decir, supone un continuo progresivo a lo largo de nuestras vidas. Además, no todos envejecemos de la misma manera ni a la misma velocidad, hay tantos modos de envejecimiento como personas. El envejecimiento supone un progreso personal que depende de los recursos de los que disponemos, así como de las experiencias vitales y cada individuo lo vive de una manera.

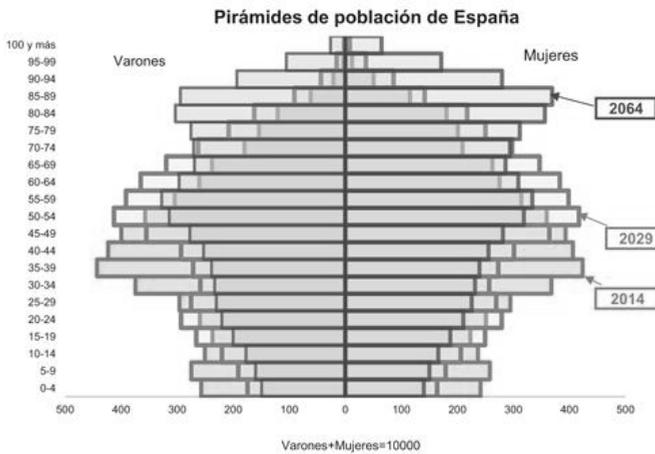
Por este motivo hablamos de envejecimiento activo, que la OMS (Organización Mundial de la Salud) define como “el proceso de aprovechar al máximo las oportunidades para tener un bienestar físico, psíquico y social durante toda la vida con el objetivo de extender la calidad y esperanza de vida a edades avanzadas” (OMS, 2007).

El envejecimiento activo se puede aplicar tanto a nivel individual como a grupos de población. Permite a las personas mayores disponer de un bienestar social, físico y material y desarrollar dicho potencial a lo largo del ciclo vital. De esta forma se satisfacen las necesidades personales o grupales en todos sus niveles.

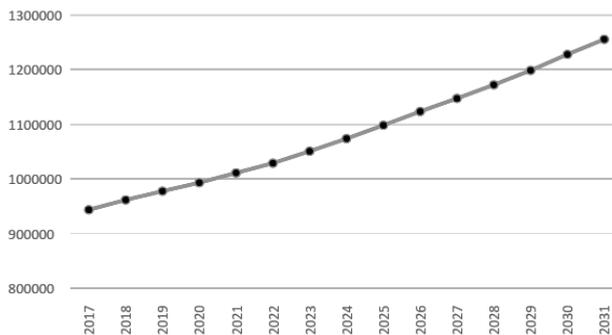
Según Vicente (2011), “Las tendencias demográficas en fecundidad, esperanza de vida y migraciones en España y Europa son un nuevo y complejo fenómeno que supone una reestructuración de las edades y un envejecimiento de la población.”. Esto puede suponer un impacto en el mercado laboral, así como a nivel económico y a nivel social.

La OMS (2007) señala que el mundo está experimentando un crecimiento considerable de las personas de tercera edad, la pirámide de población se está invirtiendo y cada vez hay más personas mayores. Este fenómeno también se ve claramente reflejado en la población española (Gráfica 1), así como a nivel de Comunidad Autónoma (Gráfica 2). También debemos considerar que no todas las personas tienen los mismos recursos. Hay personas que llegan a la vejez con escasos recursos económicos, sin redes familiares ni sociales, con problemas de salud o movilidad. Estas carencias dificultan su acceso a la red de servicios adecuados a ellos, y este es el motivo por el cual debemos focalizar la atención en este sector de la sociedad.

Gráfica 1 Distribución de la población española dividida en hombres y mujeres. 2014, 2029 y 2064. INE (2016)



Gráfica 2. Proyecciones de la población española 2016-2066. Fuente: Instituto Nacional de Estadística



La vejez es un periodo en el que se sufre de enfermedades físicas, tristeza, soledad, etc. al cambiar radicalmente sus vidas. Pasan, de un día a otro, de ser personas activas laboralmente a estar en sus casas sin tener quehaceres. Esto en muchas ocasiones provoca depresión, ansiedad, estrés y cambios significativos en la autoestima de las personas. Según Fernández (2000):

Tradicionalmente se ha venido afirmando en gerontología que envejecer lleva consigo inevitablemente la aparición de un notable número de pérdidas, un aumento de los problemas de salud y un progresivo declive en las capacidades. Estas pérdidas y disminuciones gravarían los recursos adaptativos tanto físicos como mentales de las personas mayores, dañarían su autoconcepto, su imagen de continuidad personal, aumentarían los problemas de salud mental y de pérdida de control y se reduciría su perspectiva personal y vital. (p. 171).

Se puede definir la autoestima como “la valoración positiva o negativa que el sujeto hace de su autoconcepto, valoración que se acompaña de sentimientos de valía personal y auto aceptación” (González, 1999).

Por tanto, la autoestima es el punto clave en el que hay que intervenir para prevenir todos los aspectos mencionados anteriormente. Llegados a la jubilación, gran parte de la población experimenta emociones negativas y surgen pensamientos como “no sirvo para nada” o “soy un fracaso”. Por ello hay que tener en cuenta este cambio de etapa en las personas mayores. Este motivo nos lleva a hablar de autoestima en la vejez, y por ello proponemos un programa para la mejora de la autoestima en la tercera edad.

Mazadiago (2011) comprobó la efectividad de las técnicas de relajación, la terapia ocupacional y dinámicas grupales para mejorar la autoestima de los adultos mayores en un hogar de jubilados. Esto fue efectivo ya que “los resultados obtenidos muestran un incremento considerable de los niveles de autoestima en general y de la calidad de vida de los sujetos”.

También encontramos algunos estudios que relacionan la autoestima con la actividad física. García (2012) asume la autoestima como una variable psicosocial predictora de la actividad física en las personas mayores y hace un estudio con personas que participan en programas de actividad física y deporte en centros de mayores. Según este estudio “... los mayores que consideran tener mejor autoestima personal, son aquellos que realizan actividades físicas frecuentemente” (García, 2012). Por otro lado, Remor (2009) hace un estudio sobre el efecto diferencial del componente lúdico dentro de un programa específico de ejercicio físico para autoestima, autoeficacia y satisfacción con la vida. Según este, “...considerando los resultados en su conjunto, parece que la intervención diseñada –componente o suplemento específico de actividad físico lúdica-, ha resultado útil para promover el cambio en las variables autoestima y satisfacción con la vida,...”. Además, “los factores psicosociales de salud (autoestima, afectividad y sintomatología depresiva) mejoran más en los sujetos que asisten a programas ocupacionales” (Sánchez, 2002).

Los seres humanos tendemos a la monotonía, es decir, a la rutina y por ello cualquier cambio requiere un ajuste, el cual nos resulta mucho más fácil si estamos previamente informados o preparados para dicho cambio. Anteriormente no se le ha dado tanta importancia a la etapa de la jubilación y el cambio que supone a nivel personal y social, dado que hace unas décadas la gente era laboralmente activa una media de entre treinta y cuarenta años, mientras que la jubilación suponía los últimos tres o cuatro años de vida.

Actualmente, debido al cambio en la sociedad, los jóvenes cada vez empiezan a trabajar en edades más tardías, lo cual disminuye los años de trabajo a unos veinte o treinta en total. Además de empezar a trabajar más tarde, se ha adelantado la edad de jubilación de modo que nos jubilamos antes y esto hace que la media de años como jubilados aumente a unos quince o veinte años.

Por este motivo antes no se daba mayor importancia a la jubilación, pero hoy es importante considerar una adecuada preparación para este cambio de etapa vital. En 1977, el Consejo de Europa informaba sobre la conveniencia de la preparación de la jubilación. Más adelante, en 1982, la Asamblea

de Naciones Unidas sobre el envejecimiento declaraba que se debía incluir una preparación en la transición trabajo-jubilación, posteriormente se realizaron seminarios en relación con el tema y hubo propuestas de proyectos pero ninguno se llevó a cabo y la situación sigue igual o peor que al principio.

En un estudio de Lara donde se estudia la validez y la confiabilidad del inventario de autoestima de Cooper Smith para adultos en población mexicana, “se encontraron diferencias significativas para la población total, siendo el grupo de 51 o más años quien obtuvo la media más baja en autoestima” (Lara, 1993). Esto reafirma nuestra preocupación por la tercera edad.

También debemos considerar las diferencias entre países a nivel cultural y económico. En este sentido, encontramos un estudio comparativo sobre la calidad de vida de las personas mayores de las ciudades de Iquitos (Perú) y Sevilla (España). En este estudio “Se encontraron diferencias al contrastar ambas ciudades en cuanto a las dependencias a nivel funcional. [...] Sorprendente, comparativamente, el gran porcentaje de sevillanos (81%) que no prestan ayuda a nadie de su alrededor” (Calso, 2010).

En un estudio de López, encontramos una propuesta de intervención para ancianos deprimidos, donde mediante varias sesiones se pretende “promover nuevos estilos de enfrentamiento que propicien la desaparición de la depresión en el anciano” (López, 1999). En cambio nuestro programa pretende anticiparse a esos estados de depresión, interviniendo en los mayores en edad de jubilación.

El programa propuesto dispone de una serie de seminarios que tratan temas clave para el envejecimiento y la autoestima. Por un lado hay que hablar del envejecimiento activo, y poner al día a los mayores del crecimiento que está experimentando la población actual, y que ellos son un punto clave de esta última. Además de dar a conocer las oportunidades a nivel de desarrollo académico que se ofrecen y los programas para mayores que existen hoy en día.

También es importante hablar de la Psicología y el envejecimiento, explicando los cambios que se producen a nivel personal con el avance de los años. Se experimentan cambios en la personalidad de las personas mayores y es importante conocer la existencia de los mecanismos de defensa que pueden surgir.

Se debe tener en cuenta, en relación a la jubilación, lo que supone ese cambio de etapa y como cada persona lo afronta a su manera. Otro punto clave, que puede afectar a las emociones o a la autoestima de las personas mayores, es el duelo. Con esto nos referimos a la pérdida de personas muy cercanas e importantes en nuestras vidas. Cuando avanzamos en la edad es inevitable el hecho de perder personas cercanas así como la pareja o los amigos. En estos casos muchas personas no están preparadas y no saben cómo enfrentarse a dichas situaciones, por lo que sufre depresión o les crea ansiedad y piensan que no lo van a poder superar.

Además, hay que destacar también el tema de la sexualidad en la tercera edad. Es un tema relacionado con numerosos estereotipos, y los mayores pierden el interés por el sexo en ocasiones por ese motivo. “Aún hoy en día, un importante sector de la sociedad continúa rechazando o ridiculizando las situaciones en las que las personas mayores muestran interés por mantenerse sexualmente activas.” (Freire y Ferradás, 2016). Esto hace que muchos mayores vean las conductas sexuales o los deseos como impropios para su edad. La disminución de las conductas sexuales se ve todavía más afectada en los mayores institucionalizados, que en este caso también influye la falta de intimidad.

Cierto es que dentro de la sexualidad también interviene la fisiología, y está demostrado que a medida que nos hacemos mayores perdemos facultades, pero la sexualidad humana va más allá de lo fisiológico ya que también posee una vertiente afectiva. En este sentido la vertiente afectiva permanece intacta en la vejez, por lo cual no debe ser una barrera para los mayores. La actividad sexual es una decisión libre de las personas independientemente de la edad.

Por último, pero no por ello menos importante, cabe destacar a los mayores activos. Con mayores activos nos referimos a las personas de tercera edad que se mantienen de forma activa ocupadas a pesar de no trabajar, apuntándose a actividades variadas, talleres, deportes o clases. Esto es importante para mantenernos ocupados y no recaer en la soledad, así como para evitar que surjan los pensamientos

negativos. Sentirse activo y realizar actividades produce un aumento significativo en la satisfacción a nivel personal.

Para medir el nivel de autoestima, utilizaremos la escala de autoestima de Rosenberg dado que es la que mejor se adapta a lo que buscamos. Además, según el estudio sobre su validación de Rojas “se puede señalar que la Escala de Autoestima de Rosenberg cumple con los criterios de validez y confiabilidad de un instrumento de calidad para medir la autoestima” (Rojas, 2009).

Objetivo

El objetivo principal de este estudio es mejorar la autoestima en la tercera edad a través de un programa de intervención mediante una serie de seminarios, donde se tratan los puntos clave de los que hemos hablado anteriormente.

Por tanto, la hipótesis planteada es que el nivel de autoestima aumentará tras la realización del programa de intervención.

Método

Participantes

Se ha seleccionado una muestra de 28 participantes, de los cuales 7 eran hombres y 21 mujeres de más de 60 años de edad. La media de edad de los participantes es 71,07 años con una desviación típica de 5,71. Los participantes se inscribieron al proyecto por voluntad propia. Son personas mayores que están inscritas en las actividades de dos centros para mayores de Castellón de la Plana. Los 28 participantes estaban divididos en dos grupos uno de 15 sujetos (Centro Urban) y otro de 13 sujetos (Centro Columbretes). Ambos grupos recibieron los mismos seminarios con actividades idénticas y los mismos días, pero en horario diferente.

Instrumentos

La escala de autoestima de Rosenberg, que consiste en una serie de 10 ítems, con respuesta en escala de tipo Likert del 1 al 4, donde 1 es “totalmente en desacuerdo” y 4 es “totalmente de acuerdo”. La escala sirve para explorar la autoestima personal mediante sentimientos de autovalía. Además, se usa material audiovisual (presentaciones de PowerPoint, películas y vídeos).

Procedimiento

En el primer seminario se les pasó la escala de autoestima de Rosenberg a todos los participantes para ver su nivel de autoestima inicial. Tras llevar a cabo todos los seminarios, en el último, se vuelve a pasar la misma escala de autoestima para poder estudiar si ha variado la puntuación. En primer lugar se hace un estudio pre-experimental, dado que medimos la puntuación antes y después en un mismo grupo de participantes (la muestra entera). En segundo lugar, realizamos una comparación para estudiar si ha habido diferencias entre las puntuaciones del grupo de un centro y del grupo del otro centro, pese haber recibido los mismos seminarios y haber realizado las mismas actividades.

Análisis estadístico

Para analizar los datos del estudio hemos utilizado el SPSS 23.0. En primer lugar hemos realizado la prueba de Kolmogorov–Smirnov para comprobar si la muestra sigue una distribución normal. Dado que el resultado ha sido un valor de $z \geq 0,05$ se ha utilizado la estadística paramétrica. Hemos realizado la prueba t para muestras relacionadas para estudiar si la diferencia entre el estudio pre y el estudio post es significativa.

Por otro lado, se han realizado análisis para comprobar si existen diferencias significativas entre los dos grupos (correspondientes a cada centro), en primer lugar hemos dividido los datos de la muestra en dos grupos (los que pertenecían al Centro Urban, y los que pertenecían al Centro Columbretes). En

segundo lugar hemos calculado las medias para ver la diferencia de cada grupo tanto en el estudio pre como en el post. Por último, hemos realizado la prueba t para muestras independientes para ver si la diferencia entre las medias de ambos grupos es significativa..

Resultados

A través de la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov hemos obtenido un valor de $z=0,630$ $p\leq 0,822$ para la variable A1 (Autoestima inicial, antes de realizar los seminarios) y un valor de $z=0,924$ $p\leq 0,361$ para la variable A2 (Autoestima final, medida al finalizar los seminarios). Esto confirma que la muestra sigue una distribución normal ya que en ambos casos la puntuación es mayor de 0,05.

Para una distribución normal de la muestra hemos utilizado la prueba t para muestras relacionadas para calcular las medias de A1 y A2 y ver si existe una diferencia significativa. Con esto hemos obtenido que la media de A1 es de 30,86 puntos con una desviación típica de 5,380 y la media de A2 es 36,54 puntos con una desviación típica de 3,168. La diferencia entre las dos medias es de 5,679 con una desviación típica de 6,165. El resultado de la prueba t de diferencia de medias es: $t(27) = 4,874$ $p\leq 0,000$. Se concluye que existe una diferencia significativa entre las medias de A1 y A2, es decir, que la autoestima ha mejorado de forma significativa tras los seminarios impartidos.

Por otro lado, dado que los 28 participantes estaban divididos en dos grupos (dependiendo del centro de mayores al que pertenecían) se ha comprobado si existen diferencias significativas entre ambos grupos. Para ello, en primer lugar, hemos dividido la muestra total en dos grupos (según al centro al que pertenecen) y hemos calculado las medias de cada grupo tanto en A1 como en A2. El resultado de dichas medias, así como la desviación típica se muestra en la Tabla 1

Tabla 1. Medias y desviaciones típicas de los dos grupos de participantes

Grupo	Autoestima	Media	Desviación Típica
Centro Columbretes	A1	32,00	6,416
	A2	37,15	3,023
Centro Urban	A1	29,87	4,274
	A2	36,00	3,295

Para finalizar, hemos realizado la prueba t para muestras independientes para comprobar si la diferencia de medias entre ambos grupos es significativa. Para esta prueba, primero es necesario conocer si la varianza de los grupos es igual o no. Para ello se emplea la prueba de Levene que en este caso nos da $F = 1,638$ $p\leq 0,212$ para A1 y $F = 0,105$ $p\leq 0,748$ para A2, como en ambos casos la probabilidad es mayor que 0,05 se asume que las varianzas son iguales. Los resultados de la prueba t para varianzas iguales nos da un valor de $t(26) = 1,048$ $p\leq 0,304$ en A1 y $t(26) = 0,960$ $p\leq 0,346$ en A2. Comparando con la probabilidad del 5% y dado que tanto 0,304 para la variable A1 como 0,346 para la variable A2 son mayores que 0,05 concluimos que no existe una diferencia significativa entre ambos grupos de sujetos.

Discusión/Conclusiones

El análisis de los datos, mediante la escala de autoestima de Rosenberg, muestra que existe un aumento significativo del nivel de autoestima tras llevar a cabo el programa. Por tanto, la hipótesis planteada al principio se cumple y el programa es efectivo. La autoestima de los participantes ha sido mejorada mediante los seminarios.

Para descartar posibles sesgos, hemos estudiado si ha habido diferencia significativa entre las puntuaciones de ambos grupos. Los resultados muestran que la diferencia entre la media del centro Urban y la media del centro Columbretes, tanto en la autoestima inicial, como en la autoestima tras el

programa, no es significativa. Esto quiere decir, que no ha influido el hecho de pertenecer a un centro o a otro.

Concluimos, que nuestro programa es efectivo para la mejora de la autoestima en la tercera edad, y con eso hemos cumplido con el objetivo principal del estudio. Este último podría ser aplicado en más centros.

Como hemos observado, el programa es efectivo y podría ser implementado en los centros de mayores para trabajar el aspecto de la autoestima en la vejez. En los centros de mayores hoy en día se trabajan muchos aspectos tanto físicos como psicológicos, pero dentro de los aspectos psicológicos lo que más predomina son la estimulación cognitiva (como por ejemplo clases de memoria), la atención psicológica, la autonomía, las relaciones interpersonales, etc. Pero debería de darse también importancia a otros aspectos psicológicos y realizar talleres como por ejemplo de autoestima, de satisfacción con la vida, relajación y otros temas de interés para la tercera edad.

Algunas de las limitaciones que hemos encontrado en el estudio es la escasa muestra de participantes, así como la heterogeneidad de la muestra, es decir, hay muchas más mujeres que hombres. Además, a la hora de pasar la escala de autoestima de Rosenberg, ha sido complicado de entender la escala Likert por parte de los participantes. Por otra parte, al inicio se inscribieron más participantes pero luego no fueron considerados todos para el estudio dada su falta de constancia en los seminarios.

Aun así, el programa podría proponerse y llevarse a cabo en la mayoría de centros para mayores. Es un programa que si los participantes muestran interés podrán aprovechar las ventajas y notar los resultados positivos, además de aprender herramientas nuevas para afrontar distintas situaciones clave para su edad. Es importante trabajar la autoestima con las personas mayores, tanto para prevenir como para mejorar estados de depresión.

Para futuras investigaciones se podría aplicar el programa para una población más amplia de personas mayores, así como para muestras más homogéneas. También, se podría realizar un estudio longitudinal para poder estudiar si el programa tiene efecto con el tiempo o solo en el momento de pasarlo. También se podrían medir otros aspectos como la satisfacción con la vida. Además pueden estudiarse las diferencias entre géneros en este aspecto, ya que en nuestro estudio no ha sido posible dicho análisis debido a la escasa muestra de varones que se inscribieron al programa.

Referencias

- Agulló, M.S. (2000). *Mayores, actividad y trabajo en el proceso de envejecimiento y jubilación: una aproximación psico-sociológica*. Madrid: IMSERSO.
- Bermejo, L. (2010). *Envejecimiento activo y actividades socioeducativas con personas mayores*. Madrid: Panamericana.
- Bueno, B., y Buz, J. (2006). *Jubilación y tiempo libre en la vejez*. Salamanca: Universidad de Salamanca.
- Calso, L.J., Villanueva, M., Flores, E., Pérez, P.J., Fernández, L., y Velázquez, M. (2010). *Estudio comparativo de la calidad de vida en personas mayores de las ciudades de Iquitos (Perú) y Sevilla (España)*. Ciudad Real: Universidad de Castilla la Mancha.
- Cruz-Jentoff, A. (1996). *La vida empieza a los cincuenta*. Madrid: Temas de hoy.
- Endesa. (1989). *El jubilado ante su futuro. Jornadas de preparación a la jubilación*. Madrid: Endesa.
- Fernández, E. (2012). *Psicología y envejecimiento*. Madrid: GEU.
- Fernández, R. (2000). *Gerontología Social*. Madrid: Pirámide.
- Freire, C., y Ferradás, M. (2016). *Calidad de vida y bienestar en la vejez*. Madrid: Pirámide.
- García, A.J., Martín, M., y Bohórquez, M.R. (2012). Autoestima como variable psicosocial predictora de la actividad física en personas mayores. *Revista de Psicología del Deporte*, 21(1), 195-200.
- Gergen, K.J. (1992). *El yo saturado*. Barcelona: Paidós.
- Giró, J. (2006). *Envejecimiento activo, envejecimiento en positivo*. Logroño: Universidad de la Rioja.
- González, M.T. (1999). *Algo sobre la autoestima. Qué es y cómo se expresa*. Salamanca: Universidad de Salamanca.
- INE. (2016). *Proyección de Población 2016-2066*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística.

Lara, M.A., Verduzco, M.A., Acevedo, M., y Cortés, J. (1993). Validez y confiabilidad del inventario de autoestima de Cooper Smith para adultos, en población mexicana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 25(2), 247-255.

López, I.M., y Rodríguez, H.M. (1999). Propuesta de intervención para ancianos deprimidos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 15(1), 19-23.

Mazadiego, T.J., Calderón, J., Solares, C., Zárate, M., Torres, L., y Coto, A.J. (2011). Incremento de la autoestima en los adultos mayores de un hogar de jubilados. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 16(1), 175-182.

OMS (2007). *Ciudades globales amigables con los mayores: una guía*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.

Orosco, C. (2015). *Depresión y autoestima en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados en la ciudad de Lima*. Lima: Universidad de Lima.

Pérez, G., y De-Juanas, A. (2013). *Calidad de vida en personas adultas y mayores*. Madrid: UNED.

Remor, E., y Martins-de-Lima, S. (2009). Efecto diferencial del componente lúdico dentro de un programa específico de ejercicio físico para personas mayores sobre la autoestima, autoeficacia y satisfacción con la vida. *Revista Iberoamericana de Psicología del Ejercicio y el Deporte*, 4(2), 233-252.

Rojas-Barahona, C.A., Zegers, B., y Förster, C.E. (2009). *La escala de autoestima de Rosenberg: Validación para Chile en una muestra de jóvenes adultos, adultos y adultos mayores*. Santiago: Universidad de los Andes.

Sánchez, P.A., Ureña, F., y Garcés, E.J. (2002). Repercusiones de un programa de actividad física gerontológica sobre la aptitud física, autoestima, depresión y afectividad. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 2 (2), 57-73.

Vicente, J.M. (2011). *Envejecimiento activo*. Madrid: IMSERSO.

Villavicencio-Ramírez, I.J., y Rivero-Álvarez, R.P. (2011). *Nivel de autoestima de las personas adultas mayores que acuden a los comedores de la Sociedad Pública de Beneficencia de Lima Metropolitana 2011*. Lima: Universidad Alas Peruanas.

CAPÍTULO 32

Análisis factorial de la escala IDDD en adultos mayores con deterioro cognitivo leve y enfermedad de Alzheimer

María Cruz Pérez Lancho*, Rosalía García García**, Antonio Sánchez Cabaco*,
y María Nieves Barahona Esteban***

Universidad Pontificia de Salamanca*; *Unidad de Demencias Hospital FGST SALAMANCA*;

****EUM Fray Luis de León*

Introducción

Las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) son actividades complejas que involucran a la capacidad de tomar decisiones y resolver los problemas que se nos plantean a diario en la vida cotidiana y permiten la interacción funcional de las personas con su medio. Entre ellas se encuentran tareas complejas tales como el manejo adecuado del dinero, la capacidad para comprar, el uso correcto del teléfono, la preparación de la comida, el cuidado del hogar, el lavado de ropa, el uso de medios de transporte, la administración de la propia medicación o la gestión de asuntos económicos (Arango, Jacquier, y Cano, 2001; Belchior et al., 2016; Bier et al., 2016; Jefferson et al., 2008; Mongil, López, y Gordaliza, 2013; Reppermund et al., 2013; Zavala y Domínguez-Sosa, 2011). La correcta realización de las AIVD permite que una persona pueda ser independiente dentro de una comunidad y su alteración se relaciona con el concepto de dependencia (Jekel et al., 2015; Jiménez et al., 2012).

La capacidad para realizar las AIVD está íntimamente relacionada con el estado de las funciones mentales superiores del sujeto que padece un trastorno neurocognitivo. Así pues, en el estudio del deterioro cognitivo progresivo es importante determinar cuál es el desenvolvimiento funcional del enfermo, desde las fases prodrómicas, hasta la instauración de la demencia. Más concretamente, en nuestro trabajo consideramos al deterioro cognitivo leve-amnésico multidominio (DCL-amd) como pródrómo de la Enfermedad de Alzheimer (EA). En este sentido, el concepto de DCL incluye a sujetos que presentan un fallo cognitivo en uno o varios dominios y que, en su entorno, parecen tener conservada su capacidad funcional, sin cumplir, por tanto, los criterios de demencia (Petersen, 2016). La EA, por su parte, se define como un síndrome que ya desde su fase incipiente se caracteriza por la afectación o el deterioro de varias funciones cognitivas, con carácter estructural y de intensidad suficiente como para generar un desajuste funcional, social o familiar (Bermejo-Pareja, 2012). En este contexto, el análisis del deterioro de las capacidades funcionales puede constituir un elemento nuclear para el diagnóstico diferencial, junto con el uso de biomarcadores como elementos de apoyo (Barahona, Villsan, y Cabaco, 2014).

La conceptualización del DCL ha permanecido en constante revisión. Aunque los criterios de DCL establecidos originalmente por el grupo de Petersen et al. (1999) consideraron como requisito la presencia de deterioro cognitivo con preservación de la capacidad funcional compleja, hemos recogido numerosos estudios posteriores que muestran que, aunque sutil, puede detectarse cierta disfunción en algunas de las AIVD (Allaire, Gamaldo, Ayotte, Sims, y Withfield, 2009; Arrighi, Gelinas, McLaughlin, Buchanan, y Gauthier, 2013; Belchior et al., 2016; Burton, Strauss, Bunce, Huner, y Hutsch, 2009; Doi et al., 2013; Giovannetti et al., 2008; Greenaway, Duncan, Hanna, y Smith, 2012; Griffith et al., 2003; Hughes, Bilt, Snitz, y Ganguli, 2012; Jekel et al., 2015; Lindberg, Dishman, y Miller, 2016; Luck et al., 2011; Mariani et al., 2009; Pedrosa et al., 2010; Pereira et al., 2010; Pérès et al., 2008; Pernezky et al., 2006; Reppermund et al., 2013; Sacco et al., 2012; Sherold et al., 2009; Sikkes, De-Lange-de-Klerk, Pigneneburg, Scheltens, y Uitdehaag, 2009; Triebel et al., 2009; Wadley, Okonkwo, Crowe, y Ross-

Meadows, 2008; Werner, Rabinowitz, Klinger, Korczyn, y Josman, 2009). Además, tanto en estudios hospitalarios como poblacionales, encontramos evidencias de que los pacientes que tienen déficits cognitivos presentan un funcionamiento inferior en las AIVD comparados con sus homólogos cognitivamente normales (Belchior et al., 2016; Bier et al., 2016; Doi et al., 2013; Farias et al., 2006; Greenaway et al., 2012; Hughes et al., 2012; Jeckel et al., 2015; Pernezky et al., 2006; Reppermund et al., 2013; Sook et al., 2009). Asimismo, se ha demostrado que el tipo de dominio cognitivo afectado y concretamente los subtipos de DCL amnésico o amnésico multidominio se relacionan con la intensidad del déficit funcional (Saxton et al., 2009).

El propósito de nuestro trabajo es realizar el análisis de una de una escala de valoración funcional de la demencia para proponer un conjunto de factores que agrupen las AIVD que se afectan precozmente en el DCL y compararlas con su afectación en la Enfermedad de Alzheimer Incipiente (EAI). Así pues, el primer objetivo general del estudio (1) es analizar la estructura factorial de las Actividades Complejas de la Vida Diaria (ACVD) de la escala Interview for Deterioration in Daily Living in Dementia (IDDD). El segundo objetivo general (2) es estudiar y comparar los rendimientos en la subescala de Actividades Complejas de la Vida Diaria, entre personas neurocognitivamente sanas, personas con deterioro cognitivo leve-amnésico multidominio (DCL-amd) y personas con Enfermedad de Alzheimer Incipiente (EAI). A su vez, este segundo objetivo se presenta desglosado en dos objetivos específicos. El primero (2.1) es estudiar y comparar por factores, los rendimientos en la subescala de Actividades Complejas de la Vida Diaria entre participantes sin trastorno neurocognitivo (STN), pacientes con deterioro cognitivo leve-amnésico multidominio (DCL-amd) y pacientes con Enfermedad de Alzheimer Incipiente (EAI). El segundo objetivo específico (2.2) es estudiar y comparar los rendimientos en las distintas tareas de la misma subescala entre participantes sin trastorno neurocognitivo (STN) y pacientes con deterioro cognitivo leve-amnésico multidominio (DCL-amd).

Método

Participantes

El estudio se realizó con 349 participantes, 150 de ellos con diagnóstico de EAI; 99 con diagnóstico de DCL-amd y 100 participantes sin trastorno neurocognitivo (STN). La media de edad del grupo de pacientes con DCL-amd fue de 76,27 años, la del grupo con EAI fue de 78,47 años y la del grupo de participantes STN, de 75,66 años. El grupo de pacientes con DCL-amd estaba compuesto por 43 hombres y 56 mujeres. El grupo de pacientes con EAI estaba formado por 45 hombres y 105 mujeres y el grupo de participantes STN, por 40 hombres y 60 mujeres.

Todos los pacientes con DCL-amd fueron diagnosticados de acuerdo con los criterios de Petersen et al. (2009). Los pacientes con EAI fueron diagnosticados con los criterios de NINCDS (National Institute of Neurological and Communicative Disorders and Stroke) y ADRDA (Alzheimer's Disease and Related Disorders Association Stroke), propuestos por McKham et al. (1984), como "probable EA", y con un grado de demencia "leve" (CDR 1), según la escala de intensidad de demencia (CDR: Hughes, Berg, Danziger, Cohen, y Martín, 1982).

Instrumentos

Para realizar nuestro estudio se utilizó la subescala denominada "Actividades Complejas de la Vida Diaria" de la escala Interview for Deterioration in Daily Living Activities in Dementia (IDDD) (Teunisse, Derix, y Van-Crevel, 1991). La versión española del IDDD está formada por 33 ítems divididos en dos subescalas: la primera relativa a "Cuidado personal", circunscrita a 16 ítems que evalúan las actividades básicas cotidianas (entre ellos vestirse, comer, control de esfínteres, aspecto físico, etc.) y la segunda relativa a "Actividades complejas" con 17 ítems (como pagar y usar dinero, preparar la comida, ir a comprar, etc.) (Bohm et al., 1998). En la escala se distingue entre la iniciativa para realizar la acción y el hecho mismo de realizarla. Cada ítem puede ser puntuado del siguiente

modo: '1' necesita ayuda con la misma frecuencia que antes de la enfermedad; '2' necesita ayuda con más frecuencia que antes de la enfermedad; '3' necesita ayuda con mucha más frecuencia que antes de la enfermedad.

Procedimiento

Los participantes fueron seleccionados de entre los pacientes del Servicio de Neurología del Hospital Clínico Universitario de Salamanca por el neurólogo y evaluados neuropsicológicamente en la Unidad de Demencias del mismo centro hospitalario por la neuropsicóloga. Los participantes sin trastorno neurocognitivo se seleccionaron de entre los familiares de los pacientes. Todos los participantes firmaron un consentimiento informado por escrito para formar parte del estudio.

Análisis de datos

Se realizó un análisis factorial exploratorio con la finalidad de conocer la estructura de los factores, mediante la Teoría de la Respuesta al Ítem (TRI) con rotación Varimax, en el que se establecieron los valores propios y el porcentaje de varianza explicada. Inicialmente se calculó la matriz de las correlaciones policóricas que corresponden a las variables medidas en escala dicotómica. Para calcular esa matriz policórica se utilizó el software "R" versión 3.0.3. (Paquetes mirt, foreign, psych, polycor) y posteriormente se realizó el análisis factorial a partir de dicha matriz. A continuación se realizó la extracción de factores mediante el método de componentes principales. Finalmente, se calcularon los índices KMO, esfericidad de Bartlett, los estadísticos de Levène, ANOVA y el post hoc T3 de Dunnett. Las variables estudiadas son variables cuantitativas discretas, evaluadas a través de la puntuación obtenida en la subescala de las Actividades Complejas de la Vida Diaria de la escala IDDD (Tabla 1).

Tabla 1. Ítems de las ACVD de la escala IDDD

1-Orientación en casa: (Oencasa)
2-Orientación fuera de casa: (Ofueracasa)
3-Iniciativa para hacer la compra (Inicompra).
4-Comprar (Comprar)
5-Iniciativa para pagar: (Inipagar).
6-Pagar: (Pagar)
7-Iniciativa para leer: (Inileer)
8-Leer: (Leer)
9-Escribir: (Escribir)
10-Comprensión verbal: (Cverbal)
11-Iniciativa para telefonar (Initelefonar).
12-Telefonar: (Telefonar)
13-Empezar una conversación:(Econversación).
14-Expresión verbal: (Everbal)
15-Escuchar: (Escuchar)
16-Buscar cosas: (Buscar cosas).
17- Iniciativa para apagar el gas: (Iniapagargas)

Resultados

Los resultados para el objetivo 1 se presentan en las siguientes tablas (Tablas 2 y 3).

Tabla 2. KMO y prueba Bartlett

Medida de adecuación muestral de Kaiser-Meyer Olkin	.816
Prueba de esfericidad de Bartlett. Chi cuadrado aprox.	6501,876
Gf	136
Sig	<0,01

La prueba KMO indica la interrelación entre los ítems de la escala. Es necesario que su resultado sea superior a 0,700.

Tabla 3. Matriz de componentes rotados

	Componente			
	1	2	3	4
Oencasa	,250	,373	,647	-,017
Ofueracasa	,182	,124	,853	,087
Inicomprar	,173	,063	,765	,453
Comprar	,094	,129	,682	,564
Inipagar	,107	,151	,274	,816
Pagar	,579	,193	,086	,596
Inileer	,736	,158	,391	-,044
Leer	,846	,309	,257	-,041
Escribir	,756	,372	,062	,248
Cverbal	,780	,291	,237	,142
Initelefonar	,713	,400	,056	,284
Telefonar	,512	,625	,100	,322
Econversacion	,498	,605	,071	,424
Everbal	,199	,849	,277	,099
Escuchar	,408	,789	,088	,114
Buscarnos	,171	,818	,306	,167
Iniapagargas	,304	,730	,034	,000

En la matriz factorial rotada aparecen las saturaciones factoriales, es decir, las correlaciones existentes entre los ítems y los factores extraídos en el análisis. Cuando analizamos el subtest de ACVD de la escala IDDD mediante la Teoría de la Respuesta al ítem, en los participantes con DCL-amd y EAI se extrajeron los factores mediante el método de componentes principales. Se determinaron los valores propios y el porcentaje de la varianza. Se realizó el análisis a través de una rotación ortogonal Varimax Kaiser y observamos que el subtest se dividió en 4 factores:

Factor 1: Lenguaje e iniciativa para el uso del teléfono y de la lectura. Ítems: Iniciativa para leer, Leer, Escribir, Comprensión verbal, Iniciativa para telefonar y Telefonar.

Factor 2: Habilidades comunicativas y algunas actividades complejas en el hogar. Ítems: Empezar una conversación, Expresión verbal, Escuchar, Buscar cosas e Iniciativa para apagar el gas.

Factor 3: Orientación y compra. Ítems: Orientación en casa fuera de casa, Iniciativa para comprar, Comprar.

Factor 4: Dinero (manejo del dinero e iniciativa para pagar). Ítems: Iniciativa para pagar y Pagar.

Para el análisis del objetivo 2.1. de nuestro estudio realizamos una ANOVA con los 4 factores que componen el subtest de ACVD de la escala IDDD, en función de los tres grupos de participantes: STN, EAI, DCL-amd (Tabla 4).

Tabla 4. Comparaciones múltiples de las medias de los tres grupos de participantes en cada uno de los cuatro factores del subtest ACVD

Variable dependiente	DCO (I)	(J) DCO	Diferencia de medias (I-J)		Error típico	Sig.	Intervalo de confianza al 95%	
			Límite inferior	Límite superior			Límite inferior	Límite superior
Factor 1	STN	DCL	-,06581347	,12754395	,864		-,3659578	,2343308
	EA	STN	,57719693(*)	,12256690	,000		,2887649	,8656289
	EA	DCL	,51138347(*)	,12082333	,000		,2270545	,7957124
Factor 2	STN	DCL	-,15753830	,10949785	,322		-,4152154	,1001388
	EA	STN	1,22901674(*)	,10522500	,000		,9813948	1,4766387
	EA	DCL	1,07147843(*)	,10372812	,000		,8273790	1,3155779
Factor 3	STN	DCL	-,14620255	,11890773	,436		-,4260236	,1336185
	EA	STN	,96933229(*)	,11426768	,000		,7004305	1,2382341
	EA	DCL	,82312973(*)	,11264217	,000		,5580532	1,0882062
Factor 4	STN	DCL	-,39358221*	,16333208	,044		-,7788268	-,0083576
	EA	STN	,34927113(*)	,12577420	,016		,0532915	,6452507
	EA	DCL	,10917844	,12398500	,653		-,1825907	,4009476

Encontramos que en el factor número 4 (compuesto por los ítems: Iniciativa para pagar y Pagar), los grupos de participantes con DCL-*amd* y EAI se comportaron de forma análoga, sin mostrar diferencias estadísticamente significativas. Observamos, asimismo, que existen diferencias significativas entre los diferentes grupos en cada uno de los cuatro factores.

En un posterior análisis de comparaciones múltiples de Tukey encontramos diferencias significativas entre los grupos de pacientes DCL-*amd* y EAI en los factores 1, 2 y 3. Sin embargo, no encontramos diferencias significativas en el factor 4. Los pacientes que presentan DCL-*amd* y EAI se comportan de una manera similar cuando tienen que pagar o tener la iniciativa para hacer la compra.

Para analizar el objetivo 2.2. de nuestro estudio realizamos las comparaciones múltiples de las medias de los tres grupos de participantes en cada una de las Actividades Complejas de la Vida Diaria (Tabla 5).

Tabla 5. Comparaciones múltiples de las medias de los tres grupos de participantes en cada una de las Actividades Complejas de la Vida Diaria

Variable dependiente	DCO (I)	DCO (J)	Diferencia de medias (I-J)	Sig.
Oencasa	STN	DCL	-,00847	NS
Ofueracasa	STN	DCL	-,16102	NS
Inicomprar	STN	DCL	-,11864	NS
Comprar	STN	DCL	-,19446(*)	<0,05*
Inipagar	STN	DCL	-,13559	NS
Pagar	STN	DCL	-,23729(*)	<0,05*
Inileer	STN	DCL	-,09322	NS
Leer	STN	DCL	-,05085	NS
Escribir	STN	DCL	-,11017	N.S
Econversacion	STN	DCL	-,10745	N.S
Everbal	STN	DCL	-,09988	N.S
Escuchar	STN	DCL	-,08384	N.S
Cverbal	STN	DCL	-,14407	N.S
Initelefonear	STN	DCL	-,01695	N.S
Telefonear	STN	DCL	-,10079	N.S
Buscarcosas	STN	DCL	-,25424(*)	<0,01**
Iniapagargas	STN	DCL	-,26271(*)	<0,05*

Seguidamente, comparamos mediante una ANOVA los resultados entre los participantes neurocognitivamente sanos y los pacientes con DCL-*amd* en las ACVD. Observamos diferencias estadísticamente significativas en las siguientes ACVD, entre el grupo de pacientes con DCL-*amd* y los participantes STN: Comprar, Pagar, Buscar cosas e Iniciativa para apagar el gas.

Discusión/Conclusiones

Si bien los criterios de Petersen et al. en 1999 establecieron que el DCL se caracterizaba por una pérdida de memoria, objetivada por test neuropsicológicos, pero sin alteración funcional, publicaciones posteriores han señalado que puede existir una alteración funcional de las AIVD (Allaire et al., 2009; Arrighiet al., 2013; Belchior et al., 2016; Burton et al., 2009; Giovannetti et al., 2008; Griffith et al., 2003; Jefferson et al., 2008; Jekel et al., 2015; Lindberg et al., 2016; Luck et al., 2011; Mariani et al., 2009; Pereira et al., 2010; Pérès et al., 2008; Sacco et al., 2012; Sikkes et al., 2009; Sherod et al., 2009; Sook et al., 2009; Triebel et al., 2009; Wadley et al., 2008; Wener et al., 2009). Ante esta evidencia, el grupo de Petersen, en el año 2014, junto con otros grupos como el NIAAAA (2011) y el NINS ADRDA, modificó sus criterios, reconociendo la existencia de una afectación sutil de las ACVD en los pacientes con DCL. En esta línea, nos planteamos realizar un estudio factorial de las ACVD de la escala IDDD en pacientes con DCL para compararlos con los sujetos neurocognitivamente sanos y los enfermos de Alzheimer Incipiente.

En el análisis del objetivo 1 de nuestro estudio obtuvimos cuatro saturaciones factoriales de la subescala ACVD de la escala IDDD, dos de los cuales están relacionadas con las actividades como

comprar (factor 3), el manejo del dinero y la iniciativa para pagar (factor 4). En esta línea, varios autores describen que los primeros déficits de funcionalidad compleja se relacionan con la capacidad del paciente con DCL a la hora de hacer la compra (Werner et al., 2009), así como la alteración en el uso del dinero o en la capacidad para manejar asuntos financieros (Griffith et al., 2003; Sherold et al., 2009; Triebel et al., 2009).

El objetivo 2.1 permite estudiar y comparar el comportamiento de los grupos de participantes: DCL-amd, EAI y STN con cada uno de los factores obtenidos. Los grupos de participantes con DCL-amd y EAI no mostraron diferencias estadísticamente significativas en el factor 4. Ambos grupos se comportaron de forma similar en las tareas de Iniciativa para pagar y Pagar. Nuestros hallazgos son similares a los de Bangen et al. (2010) que señalaron que los pacientes con deterioro cognitivo amnésico mostraban mayores dificultades a la hora de contar el dinero y a la hora de tener precauciones con el dinero. También este hallazgo es compatible con los resultados encontrados por el grupo de Mariani et al. (2008), Pedrosa et al. (2010), Pereira et al. (2010) y Pérès et al. (2008).

En el objetivo 2.2., cuando estudiamos y comparamos el rendimiento de los pacientes con DCL-amd frente a los participantes STN en cada una de las diecisiete actividades complejas de la vida diaria de la escala IDDD, observamos que los pacientes con DCL-amd, mostraron mayor dificultad a la hora de hacer la compra, pagar, buscar cosas y en su iniciativa para apagar el gas que los sujetos SNT. Por tanto, podemos afirmar que existe cierta afectación de las actividades complejas en el DCL, en consonancia con lo que otros autores han presentado en sus investigaciones (Allaire et al. 2009; Triebel et al., 2009).

En resumen, nuestro estudio muestra que el análisis de las ACVD de escala IDDD nos permite observar la afectación de las ACVD en un grupo amplio de pacientes con DCL-amd en comparación con los participantes STN y los pacientes con EAI al igual que Allaire et al. (2009), Arrighi et al. (2008), Belchior et al. (2016), Burton et al. (2009), Giovannetti et al. (2008), Griffith et al. (2003), Jefferson et al. (2008), Jekel et al. (2015), Lindberg et al. (2016), Luck et al. (2011), Pereira et al. (2010), Pérès et al. (2008), Sacco et al. (2012), Sikkes et al. (2009), Sook et al. (2009), Triebel et al. (2009) y Wadley et al. (2008). Por tanto, este trabajo apoya la hipótesis de que existiría un continuum clínico y entre el DCL y la EAI, como lo demuestra la afectación sutil de las ACVD en ambas patologías, considerando que ambas entidades clínicas formarían parte del mismo proceso clínico-patológico, aunque en distintas fases evolutivas del mismo.

Referencias

- Albert, M.S., Dekosky, S.T., Dickson, D., Dubois, B., Feldman, H.H., Fox, N.C., y Phelps, C.H. (2011). The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer disease: Recommendations from the National Institute on Aging-Alzheimer's disease. *Alzheimer's & dementia: The journal of the Alzheimer's Association*, 7, 270-279. doi: 10.1016/j.jalz.2011.03.008.
- Allaire, J.C., Gamaldo, A., Ayotte, B.J., Sims, R., y Whitfield, K. (2009). Mild Cognitive Impairment and Objective Instrumental Everyday Functioning: The Everyday Cognition Battery Memory Test. *J Am Geriatr Soc*, 57(1), 120-125. doi: 10.1111/j.1532-5415.2008.02054.x.
- Arango, V.E., Jaquier, M., y Cano, C. (2001). Escalas funcionales de la vida diaria vs MMSE en la detección temprana de la demencia tipo Alzheimer. Influencia del genotipo APOE. *Rev Assoc Colomb Gerontol Geriatr*, 15(2), 231-244.
- Arrighi, H.M., Gelinas, I., McLaughlin, T.P., Buchanan, J., y Gauthier, S. (2013). Longitudinal changes in functional disability in Alzheimer's disease patients. *Int Psychogeriatr*, 25, 929-937. doi: 10.1017/S1041610212002360.
- Bangen, K., Jak, A., Schiehser, D.M., Delano-Wood, S., Tuminelo, E., Ducke-Han, S.,...Bondi, M.W. (2010). Complex activities of daily living vary by mild cognitive impairment subtype. *J Int Neuropsychol Soc.*, 16, 630-639.
- Barahona, N., Villsan, A., y Cabaco, A.S. (2014). Controversias y utilidad clínica del Deterioro Cognitivo Leve (DCL). *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(2), 47-54.

- Belchior, P.C., Bains, T., Hargadon, J., Tran, S., Uphoff, C., Chiu, W.K.J., Navaldeep, K., y Gelinas, I. (2016). Assessing functional impairment in individuals with mild cognitive impairment. *The Open Journal of Occupational Therapy*, 4(2), 1-10. doi: 10.15453/2168-6408.1234.
- Bier, N., Belchior, P.C., Paquette, G., Beauchemin, E., Lacasse-Champagne, A., Messier, C., y Bottare, C. (2016). The instrumental activities of daily living profile in ageing: A feasibility study. *J Alzheimers Dis*, 52(4), 1361-1371.
- Bohm, P., Peña-Casanova, J., Aguilar, M., Hernández, G., Sol, J.M., y Blesa, R. (1998). Clinical Validity and utility of the interview for deterioration of daily living in dementia for Spanish-speaking communities. *International Psychogeriatrics*, 10, 261-270.
- Burton, C., Strauss, E., Bunce, D., Huner, M.A., y Hutsch, D.F. (2009). Functional abilities in older adults with mild cognitive impairment. *Gerontology*, 55(5), 570-581. doi: <http://doi.org/doi.org/10.1159/000228918>.
- Doi, T., Shimada, H., Makizako, H., Lee, S., Park, H., Tsutsumimoto, H.,... Suzuki, T. (2013). Cognitive Activities and Instrumental. *Dement Geriatr Cogn Disord Extra*, 3, 398-406.
- Farias, S.T., Mungas, D., Reed, B.R., Harvey, D., Cahn-Weiner, D., y Decarli, C. (2006). MCI is associated with deficits in everyday functioning. *Alzheimer Dis Assoc Disord*, 20, 217-223.
- Giovannetti, T., Bettcher, B.M., Brennan, L., Libon, D.J., Burke, M., Duey, K.,...Wambach, D. (2008). Characterization of everyday functioning in mild cognitive impairment: A direct assessment approach. *Dement Geriatr Cogn Disord*, 25, 359-365. doi: 10.1159/000121005.
- Greenaway, M.C., Duncan, N.L., Hanna, S., y Smith, G.E. (2012). Predicting Functional Ability in Mild Cognitive Impairment with the Dementia Rating Scale-2. *Int Psychogeriatr*, 24, 987-993.
- Griffith, H.R., Beleu, K., Sicola, A., Krztwanski, S., Zamrini, E., Harrell, L.,...Marson, D.C. (2003). Impaired financial abilities in mild cognitive impairment. *Neurology*, 60, 449-457.
- Hughes, T.F., Chang, C.C., Bilt, J.V., Snitz, B.E., y Ganguli, M. (2012). Mild cognitive deficits and everyday functioning among older adults in the community: *The Monongahela-Youghiogheny Healthy Aging Team study*. *Am J Geriatr Psychiatry*, 20(10), 836-844. doi: 10.1097/JGP.0b013e3182423961.
- Jefferson, A.L., Byerly, L.K., Vanderhill, S., Lambe, S., Wong, S., Ozonoff, A.,...Karlavish, J.H. (2008). Characterization of activities of daily living in individuals with mild cognitive impairment. *Am J Geriatr Psychiatry*, 16, 375-383. doi: 10.1097/JGP.0b013e318162f197.
- Jefferson, A.L., Byerly, L.K., Vanderhill, S., Lambe, S., Wong, S., Ozonoff, A.,...Karlavish, J.H. (2008). Characterization of activities of daily living in individuals with mild cognitive impairment. *Am J Geriatr Psychiatry*, 16, 375-383. doi: 10.1097/JGP.0b013e318162f197.
- Jekel, K., Damian, M., Wattmo, C., Hausner, L., Bullock, R., Connelly, P. J.,...Frölich, L. (2015). Mild cognitive impairment and deficits in instrumental activities of daily living: A systematic review. *Alzheimers Res Ther*, 7(1), 1-17. doi: 10.1186/s13195-015-0099-0.
- Jiménez, P.E., López, F., Portilla, J.C., Pedrera, J.D., Jiménez, M.A., Lavado, J.M.,... Casado, I. (2012). Valoración de las actividades instrumentales de la vida diaria tras un ictus mediante la escala de Lawton y Brody. *Neurología*, 55(6), 337-342.
- Lindberg, C.A., Dishman, R.K., y Miller, L.S. (2016). Functional disability in mild cognitive impairment: A systematic review and meta-analysis. *Neuropsychol Rev*, 26(2), 129-159.
- Luck, T., Luppá, M., Angermeyer, M.C., Villringer, A., König, H.H., y Riedel-Heller, S.G. (2011). Impact of impairment instrumental activities of daily living and mild cognitive impairment on time to incident dementia: Results of the Leipzig Longitudinal Study of the Aged. *Psychological Medicine*, 41(5), 1087-1097.
- Mariani, E., Monastero, R., Ercolani, S., Rinaldi, P., Mangialasche, F., Costanzi, E.,...Mecocci, P. (2008). Influence of comorbidity and cognitive status on instrumental activities of daily living in amnesic mild cognitive impairment: Results from the ReGAI Project. *Int J Geriatr Psychiatry*, 23, 523-30. doi: 10.1002/gps.1932.
- Mongil, R., López, J.A., y Gordaliza, A. (2013). El test Mongil de las actividades de la vida diaria básicas, instrumentales y avanzadas y su utilidad en el envejecimiento. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, INFAD, 2(1), 221-226.
- Pedrosa, H., Guerreiro, M., Marôco, J., Simões, M.R., Galasko, D., y De-Mendonca, A. (2010). Functional evaluation distinguishes MCI patients from healthy elderly people-the ADCS/MCI/ADL scale. *J Nutr Health Aging*, 14, 703-709.
- Pereira, F.S., Yassuda, M.S., Oliveira, A.M., Diniz, B.S., Radanovic, M., y Talib, L.L. (2010). Profiles of functional deficits in mild cognitive impairment and dementia: Benefits from objective measurement. *J Int Neuropsychol Soc*, 16, 297-305. doi: 10.1017/S1355617709991330.

- Pérès, K., Helmer, C., Amieva, H., Orgogozo, J.M., Rouch, I., Dartigues, J.F.,...Barberger-Gateau, P. (2008). Natural history of decline in instrumental activities of daily living performance over the 10 years preceding the clinical diagnosis of dementia: A prospective population-based study. *J Am Geriatr Soc*, 56, 37-44. doi: 10.1111/j.1532-5415.2007.01499.x
- Perneckzy, R., Phol, C., Sorg, C., Hartmann, J., Komossa, K., Alexopoulos, P.,...Kurkz, A. (2006). Complex activities of daily living in mild cognitive impairment: Conceptual and diagnostic issues. *Oxford University Press on Behalf of the British Geriatrics Society*, 35, 240-245. doi: 10.1093/ageing/afj054.
- Petersen, R., Caracciolo, B., Braune, C., Gauthier, S., Jelic, V., y Fratiglioni, L. (2014). Mild cognitive impairment: A concept in evolution. *Journal of International Medicine*, 275(3), 214-228.
- Petersen, R.C., Smith, G.E., Waring, S.C., Ivnik, R.J., Tangalos, G., y Kokmen, E. (1999). Mild cognitive impairment—clinical characterization and outcome. *Archives of Neurology*, 56, 303-308.
- Petersen, R.C. (2016). Mild cognitive impairment. *Continuum*, 22(2), 404-418.
- Reppermund, S., Brodaty, H., Crawford, J.D., Kochan, N.A., Draper, B., Slavin, M.J.,...Sachdev, P.S. (2013). Impairment in instrumental activities of daily living with high cognitive demand is an early marker of mild cognitive impairment: The Sydney memory and ageing study. *Psychol Med*, 43(11), 2437-2445. doi: 10.1017/S003329171200308X.
- Sacco, G., Joumier, V., Darmon, N., Dechamps, D., Derreumaux, A., Lee, H.,...Robert, F. (2012). Detection of activities of daily living impairment in Alzheimer's disease and mild cognitive impairment using information and communication technology. *Clin Interv Aging*, 7, 539-549. doi: 10.2147/CIA.S36297.
- Saxton, J., Snitz, B.E., Lopez, O.L., Ives, D.G., Dunn, L.O., Fitzpatrick, A.,...Dekosky, S.T. (2009). Functional and cognitive criteria produce different rates of mild cognitive impairment and conversion to dementia. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*, 80, 737-743. doi:10.1136/jnnp.2008.160705.
- Schmitter, E.M., McAlister, C., y Weakley, A. (2012). Naturalistic assessment of everyday functioning in individuals with mild cognitive impairment: The day-out task. *Neuropsychology*, 26, 631-641. doi: 10.1037/a0029352.
- Sherod, M.G., Griffith, H.R., Copeland, J., Belue, K., Krzywanski, S., Zamrini, E.Y.,...Marson, D.C. (2009). Neurocognitive predictors of financial capacity across the dementia spectrum: Normal aging, mild cognitive impairment, and Alzheimer's disease. *J Int Neuropsychol Soc*, 15, 258-67. doi: 10.1017/S1355617709090365.
- Sikkes, S.A.M., De-Lange-de-Klerk, E.S.M., Pijnenburg, Y.A.L., Scheltens, P., y Uitdehaag, B.M.J. (2009). A systematic review of Instrumental Activities of Daily Living scales in dementia: Room for improvement. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry*, 80, 7-12. doi: 10.1136/jnnp.2008.155838.
- Sook, A., Kim, J.H., Kim, S., Chung, J.W., Kim, H., y Kang, H.S. (2009). Impairment of Instrumental Activities of Daily Living in Patients with Mild Cognitive Impairment. *Psychiatry Investig*, 6(3), 180-184. doi: 10.4306/pi.2009.6.3.180.
- Triebel, K.L., Martin, R., Griffith, H.R., Marceaux, J., Okonkwo, O.C., Harrell, L.,...Marson, D.C. (2009). Declining financial capacity in mild cognitive impairment: A 1-year longitudinal study. *Neurology*, 73, 928-934.
- Wadley, V.G., Okonkwo, O., Crowe, M., y Ross-Meadows, L.A. (2008). Mild cognitive impairment and everyday function: Evidence of reduced speed in performing instrumental activities of daily living. *Am J Geriatr Psychiatry*, 16, 416-424. doi: 10.1097/JGP.0b013e31816b7303.
- Werner, P., Rabinowitz, S., Klinger, E., Korczyn, A.D., y Josman, N. (2009). Use of the virtual action planning supermarket for the diagnosis of mild cognitive impairment: a preliminary study. *Dement Geriatr Cogn Disord*, 27, 301-309. doi: 10.1159/000204915.
- Zavala, M.A., y Domínguez-Sosa, G. (2011). Funcionalidad para la vida diaria en adultos mayores. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 49(6), 585-590.

CAPÍTULO 33

Recogida y elaboración del documento sobre voluntades anticipadas en población psicogeriátrica

Paloma Terrón Moscoso
Centro Asistencial San Juan de Dios

Introducción

En el contexto de psicoterapia grupal que semanalmente se lleva a cabo con residentes del Área de Psicogeriatría del Centro Asistencial San Juan de Dios en Málaga, algunos residentes venían expresando inquietudes relacionadas con sus deseos en el tramo final de la vida. A raíz de ahí, el Equipo se propone hacer un abordaje más específico para conocer en profundidad esta necesidad que perciben como básica en algunos residentes. Además de esa aproximación inicial a las inquietudes expresadas por los residentes, se plantean ofrecerle información adaptada a su intereses y capacidades para facilitar la toma de decisiones, así como crear un documento que recoja las voluntades de dichos residentes en el tramo final de su vida, que consten por escrito en la Historia Clínica y que su familia y/o representantes queden informados, para garantizar que se lleven a cabo.

Las voluntades anticipadas recogen las decisiones personales a respetar ante la toma de decisiones cuando, llegado el momento, dicha persona no presente las facultades necesarias para comunicar su voluntad o consentimiento.

En España, el 4 de Abril de 1997, se realiza el Convenio Europeo sobre los derechos humanos y la biomedicina también conocido como el Convenio de Oviedo, siendo este su precursor normativo.

Dicho convenio recoge en sus artículos 7 y 9, la protección a personas que sufren trastornos mentales así como la necesidad de tomar en consideración los deseos expresados con anterioridad a una intervención médica.

Posteriormente, en el territorio español se promulga la ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente, permitiendo la regulación normativa posterior en el resto de comunidades autónomas que contemplan la realización de un documento de voluntades anticipadas en sus territorios.

Actualmente, la ausencia de estudios sobre las voluntades anticipadas, hace presente una dificultad notable para emprender la realización de un documento propio y el abordaje individual o en grupos para detectar la necesidad de realización del documento.

En acuerdo con Pretel et al. (2012), este proyecto se desarrolla desde la expresión manifiesta de inquietudes relacionadas sobre las voluntades anticipadas, desconociendo la existencia de un documento que protege sus voluntades.

Ante la inexistencia de formularios sobre voluntades anticipadas adaptados a población psicogeriátrica y la demanda de creación basada en el deseo manifiesto de los grupos en los cuales se lleva a cabo la intervención e información sobre dichas voluntades, se realiza un documento adaptado teniendo en cuenta las bases legales y otros formularios de distintas comunidades autónomas.

Por otra parte, este documento no se elabora únicamente desde la necesidad de la población sino que el equipo terapéutico reflexiona sobre el envejecimiento creciente de su población y la atención prestada a las demandas previas manifiestas de los residentes antes de la descompensación o empeoramiento psíquico o somático.

De este modo, se piensa que realizar un documento de voluntades anticipadas, permite al equipo distanciarse del paternalismo que rodea a los pacientes con trastornos mentales y mejorar la relación paciente – equipo a través de la toma de decisiones compartidas (Ramos y Robles, 2015).

Objetivo

Recabar las VA de los residentes capaces de expresarlas, plasmarlas en un documento que las acredite y poder garantizar su cumplimiento.

Método

A. Creación de un grupo de trabajo formado por tres profesionales del área de Psicogeriatría (enfermera, trabajadora social y psicóloga).

B. Estas tres personas diseñaron el siguiente procedimiento de información, reflexión y recogida de las VA de un grupo de residentes ($n=20$). El primer paso fue preseleccionar a los residentes que fueron considerados capaces de expresar sus VA en cualquiera de los tres siguientes ámbitos:

I. Ritos post-mortem. Incluyen todos los procedimientos que se llevan a cabo con el cuerpo tras el fallecimiento.

II. Cierre de temas pendientes. Se abordan aspectos relacionados con los deseos por cumplir, anhelo de contacto con personas, experiencias, reconciliaciones, aclaraciones o cualquier acción que desean llevar a cabo antes de su declive vital.

III. Voluntades vitales. Preferencias y/o deseos sobre los procesos relacionados con el ámbito sanitario y necesidades básicas de salud tales como nutrición, hidratación, respiración, entre otras. Además, se reflejan otros aspectos relacionados como la donación de órganos y la derivación a otros centros sanitarios.

C. El segundo paso fue diferenciar dos grupos (11 residentes en el Grupo 1 y 9 residentes en el Grupo 2), en el primero se incluyeron a los residentes que consideramos más capacitados para expresar sus voluntades en los ámbitos I, II y III, mientras que en el segundo se trabajó con los que tenían más dificultades para comprender la información y manifestar sus voluntades.

D. Se realizan dos sesiones con el Grupo 1 y una sesión con el Grupo 2 en las que se trata el significado de las voluntades vitales y la importancia que cada residente le atribuye, permitiéndonos cribar las voluntades de todos aquellos residentes que así lo expresan. Además de los residentes correspondientes a cada grupo, las sesiones estaban compuestas por los tres profesionales miembros del proyecto que asumían distintos roles:

- Una terapeuta que conduce la sesión (psicóloga).
- Una co-terapeuta (trabajadora social).
- Una observadora que registra por escrito la sesión (enfermera).

Durante las sesiones se generó un clima que facilitaba la reflexión sobre los diferentes elementos relacionados con las voluntades y sobre su significado individual así como sobre los ritos post – mortem y deseos antes de morir, principalmente. En ese debate todos los residentes manifiestan sus inquietudes y deseos al respecto, llegando a exponerse opiniones muy dispares permitiendo el debate reflexivo sin juicios.

Se utilizan dos documentos de apoyo para facilitar el abordaje de estas parcelas tan sensibles y profundas en la experiencia de los humanos. En este sentido, por una parte, a modo de introducción, se exponen “*los tres deseos de Alejandro Magno antes de morir*” y, por otra parte, se muestra la exposición fotográfica del proyecto “*Antes de Morir...*” originalmente “*Before I die...*”. (Candy y Chang, 2011) Ambos documentos nos permiten ahondar en la reflexión sobre los deseos profundos asociados al tramo final de la vida.

E. Al finalizar cada una de las sesiones, se realiza el “Registro de la actividad” poniendo en común las impresiones de los tres miembros del proyecto y la lectura del registro. Asimismo, se cumplimenta el documento que recoge el contenido trabajado, asistencia y participación, aprovechamiento, disfrute, espontaneidad y observaciones personales sobre los participantes mediante una escala de medida tipo Likert de 6 puntos (0- No presente 1- Poco mostrado 2- Deficientemente mostrado 3- Adecuado en la muestra 4- Notablemente mostrado 5- Muy destacado en la muestra). Esta tabla-registro es similar a la que se emplea en las actividades terapéuticas grupales dentro del centro.

Figura 1. Documento de registro de la actividad

GRUPO DE VOLUNTADES ANTICIPADAS					
RESPONSABLE/S	Contenido trabajado				
SESION NUMERO					
FECHA					
ASISTENTES	ASIST. Y PARTIC.	APROVECHA-MIENTO	DISFRUTE	ESPONTA-NEIDAD	OBSERVACIONES
-	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	
-	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	
-	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	
-	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	
-	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	
-	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	
-	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	
-	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	
-	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	
-	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	
-	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	
-	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	
-	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	
-	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	
-	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	
-	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	

Figura 2. Documento de declaración de VA

DECLARACIÓN DE VOLUNTADES ANTICIPADAS

Este documento es el resultado de un proceso de información y reflexión en el que yo, M.L.L, mayor de edad, con NIF/NIE nº con domicilio en Málaga, Calle Carretera de Casabermeja, nº 126, y código postal 29014, quiero que conste por escrito mis voluntades sobre algunas acciones en torno al tramo final de mi vida en caso de que, llegado el momento no sea capaz de expresarme por mí misma.

A continuación declaro mis deseos en relación a algunos aspectos sanitarios y no sanitarios, sobre los que deseo pronunciarme para que sean tenidos en cuenta:

ÁMBITO SANITARIO

En relación a las actuaciones sanitarias que afectan a su salud hago constar:

- Que acepto recibir o mantener:
- Que no deseo ser derivada a otros centros en caso de situación irreversible.

ÁMBITO NO SANITARIO

En torno a:

- El acompañamiento espiritual, deseo
- El acompañamiento familiar, deseo
- El destino de mis pertenencias y otros temas pendientes.....

En cuanto a mis ilusiones, me gustaría:

Respecto a la donación tras el fallecimiento, mi voluntad es.....

En relación a los ritos tras el fallecimiento deseo ser

Dña. M.L.L

Málaga a 6 de Junio de 2017

Los abajo firmantes, mayores de edad, declaramos que la persona que firma este documento de voluntades anticipadas lo ha hecho con plena conciencia, sin que hayamos podido apreciar ningún tipo de coacción en su decisión.

Así mismo, los abajo firmantes como testigos declaramos no mantener ningún vínculo familiar, hasta segundo grado, ni patrimonial con la persona que firma este documento.

Nombre	Nombre	Nombre
NIF/NIE:	NIF/NIE:	NIF/NIE:
Teléfono:	Teléfono:	Teléfono:
Firma	Firma	Firma

F. El Equipo elabora el documento de declaración de VA basándose en la bibliografía consultada respecto a documentos oficiales en otras Autonomías y otras recomendaciones de profesionales y/o asociaciones.

G. Posteriormente, en encuentros con dos residentes y dos profesionales del proyecto, la enfermera les informa sobre los aspectos referidos a las voluntades vitales mediante explicación de las técnicas y soporte material, lo hace de forma muy precisa y sencilla adaptada a los intereses y capacidades de cada residente resolviendo todas las dudas al respecto. En ese mismo encuentro, se revisan detenidamente las aportaciones que cada profesional ha observado durante el trabajo grupal para cumplimentar el documento individual.

H. Finalmente, en entrevistas individuales, se ha cumplimentado el documento personal con las VA expresadas de cada persona, previamente leído y consentido, obteniéndose un documento firmado por el interesado, los tres testigos participantes en el programa (enfermera, trabajadora social y psicóloga) y el representante legal escogido por el residente.

Figura 3. Documento de designación de representante

DESIGNACIÓN DE LA PERSONA REPRESENTANTE

Yo, M.L.L. mayor de edad, con NIF/NIE n.º _____ con domicilio en Málaga, calle Carretera de Casabermeja n.º 126, y código postal 29014, con el n.º de teléfono fijo 952 25 05 50; con la capacidad para tomar una decisión de manera libre y de conformidad con el artículo 8 de la Ley 21/2000, designo, como mi representante, para que actúe como interlocutor válido y necesario con el médico o el equipo sanitario que me atenderá, en el caso de encontrarme en una situación en la que no pueda expresar mi voluntad, la siguiente persona:

Nombre y apellidos: _____

NIF/NIE: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Fecha: _____

Firma de la persona representante: _____

En consecuencia, autorizo a mi representante para que tome las decisiones respecto a mi salud en el caso de que yo no pueda por mi mismo, para que tenga la información necesaria, para que la administre como crea oportuno y para que me sustituya en los consentimientos que se deban dar siempre que no se contradigan las voluntades que constan en el presente documento.

Firma de quien expresa su voluntad: M.L.L.

Málaga a _____ de _____ de 2017

I. El documento elaborado, con validez interna del centro, se adjunta a la Historia Clínica y se aporta informáticamente a los documentos de acceso profesional del Centro Asistencial San Juan de Dios en Málaga.

Resultados

De los 11 participantes del Grupo 1, la totalidad reconoce el significado de las voluntades vitales y 9 expresan sus decisiones relacionadas con los ritos post – mortem. 5 residentes expresan su deseo de realizar el documento de voluntades anticipadas propuesto.

Se realiza una segunda sesión con 9 de los participantes anteriores más 2 nuevas incorporaciones. Se trataba de profundizar más en los elementos relacionados con voluntades vitales, pero se rechaza para posteriores grupos ya que el aprovechamiento y la expresión oral no resultan productivos.

En el Grupo 2 son seleccionados 9 residentes, de los cuales 7 participan y 2 de ellos se consideran en descompensación psicopatológica en el momento de la sesión. Se incorporan 2 residentes que no se encontraban preseleccionados.

En el Grupo 2, los 9 residentes conocen el significado de las voluntades vitales y 8 expresan sus decisiones relacionadas con los ritos post-mortem. No expresan formalmente el deseo de realizar el documento de voluntades anticipadas propuesto.

Tras las sesiones, se realiza una entrevista conjunta de dos residentes del primer grupo y una individual con estos. Se cumplimentan dos documentos de declaración de voluntades anticipadas y uno de ellos es firmado y aceptado por el representante legal propuesto y aportada a su Hª Clínica.

Discusión/Conclusiones

Al inicio del proyecto, el equipo de trabajo se planteaba la dificultad que podía plantear tratar los ritos post – mortem o deseos antes de morir en una población psicogerítrica institucionalizados ya que intuíamos que podría dar lugar a equívocos o generar una situación de inquietud o malestar al tratar estos temas.

Superando las expectativas previas, a nuestros residentes les resulta mucho más fácil abordar los ritos post-mortem que cualquiera de los otros ámbitos de decisiones. A la vista de ese hallazgo, nos planteamos que esto puede estar relacionado con el resultado de su experiencia y legado familiar: 17 de los 20 residentes incluidos en el grupo fueron capaces de expresar sus VA al respecto de si llevar a cabo un enterramiento o una incineración, elección del lugar de reposo, ritos religiosos o no y otros detalles de ese procedimiento.

Coincidiendo con Andrés et al. (2012), se encuentra una diferencia notable sobre la comprensión de las voluntades anticipadas entre los residentes que han sido cuidadores anteriormente con aquellos a los que no han tenido esta vivencia, ya que las experiencias en relación con el cuidado de otros familiares les proporciona un mayor conocimiento acerca de las últimas etapas de la vida, su desarrollo y les anticipa a sus decisiones personales.

Por el contrario, al tratar de profundizar en las voluntades vitales, tres de los residentes les restan importancia al tema refiriendo que confían en el buen hacer del equipo enfermero y médico del centro y el resto prefiere no pronunciarse al respecto. No obstante, debido a la complejidad e información que requiere este aspecto, se plantea su explicación exhaustiva de forma individual.

El tema de “la muerte” nos incumbe a todos y al mismo tiempo iguala a los seres humanos independientemente de variables como edad, estado de salud o rol profesional, por esta razón las tres profesionales que coordinan este trabajo, también viven muy de cerca los temas relacionados con las VA y otros aspectos comentados por los residentes en los grupos porque ellas (las profesionales) no están exentas de experiencias de enfermedad y muerte en sus seres queridos, también tienen expectativas y deseos personales, valores y preocupaciones derivadas de circunstancias vividas o por venir, etc. y todos estos aspectos tan íntimos se hacen presentes para abordar con empatía las VA de los residentes.

Actualmente se han realizado la cumplimentación de dos documentos de voluntades anticipadas presentando los siguientes problemas por resolver:

-Validez del documento fuera del centro asistencial: Tratando de aportar la mayor validez posible al no considerarse un documento oficial autonómico, basamos la elaboración de nuestro documento en las pautas de formalización y representante que propone la Asociación Federal Derecho a Morir Dignamente y el modelo de voluntades anticipadas de la Comunidad Autónoma de Canarias. El representante asignado poseerá una copia de las voluntades expresadas por el titular así como desde el centro se aportará a su Historia clínica y todo el personal asociado será conocedor y tendrá acceso a esas voluntades para consulta. Planteamos el desconocimiento sobre la validez que presenta el documento en el caso de que se aportase a otros centros sanitarios.

-Protección legal de las voluntades post-mortem expresadas: Un caso específico plantea que el representante legal, a la hora del fallecimiento del representado, no respete su voluntad acerca de los ritos post mortem y escoja una opción distinta a la deseada. En este caso, la alternativa que se nos presenta, tras asesorarnos legalmente, es la posibilidad de expresar estas voluntades ante notario. Aunque llegado el caso de fallecimiento, serán los testigos o el centro que reconoce estas voluntades, aquellos que han de dar aviso de su existencia, ya que no existe actualmente una legislación que recoja este procedimiento.

Aunque este proyecto es reciente y está aún en proceso de elaboración, ya nos aporta algunos resultados útiles en la práctica diaria y en el diseño de todo el proceso a seguir en cuanto a continuar con otras reuniones grupales, realizar un mayor número de documentos de VA, visar el protocolo en el Comité de Dirección del Centro y difundirlo entre todos los profesionales implicados para asegurar el cumplimiento de las VA de los residentes cuya Historia Clínica incluya el documento firmado que recoge lo trabajado en este proyecto, garantizando su aplicación en todos los casos tanto en el “manejo médico” del tramo final de su vida como en las voluntades referidas a los aspectos de cuidados post-mortem así como informar a las familias y representantes legales sobre el proyecto y su significado.

Referencias

- Ameneiros, E., Carballada, C., y Garrido, J.A. (2011). Los documentos de Instrucciones Previas y la planificación anticipada de las decisiones sanitarias. *Galicia Clínica*, 72(3), 121-124.
- Andrés, F., Navarro, B., y Párraga, I. (2012). Conocimientos y actitudes de los mayores hacia el documento de voluntades anticipadas. *Gaceta Sanitaria*, 26, 570-573.
- Arimany, J., Aragonés, L., y Gómez, E. (2017). El testamento vital o documento de voluntades anticipadas. Consideraciones médico-legales y análisis de la situación de implantación en España. *Revista Española de Medicina Legal*, 43(1), 35-40.
- Instrumento de Ratificación del Convenio para la protección de los derechos humanos y la dignidad del ser humano con respecto a las aplicaciones de la Biología y la Medicina (Convenio relativo a los derechos humanos y la biomedicina), hecho en Oviedo el 4 de abril de 1997. Boletín Oficial del Estado número 251, de 20 de octubre de 1999, pp. 36825-36830.
- López, E., Romero, M., y Tebar, J.P. (2008). Conocimientos y actitudes de la población ante el documento de voluntades anticipadas. *Enferm Clin*, 18, 115-119.
- Nebot, C., Ortega, B., Mira, J.J., y Ortíz, L. (2010). Morir con dignidad. Estudio sobre voluntades anticipadas. *Gaceta Sanitaria*, 24, 437-445.
- Ramos, S. (2012). La toma de decisiones compartidas en pacientes con esquizofrenia: cuestiones médicas y éticas. *Dilemata*, 10, 263-277.
- Ramos, S., y Robles, B. (2015). La relación médico-paciente en salud mental: el documento de voluntades anticipadas y la planificación de decisiones anticipadas. *Rehabilitación Psicosocial*, 12(1), 18-24.
- Sanz, J. (2006). ¿Es posible gestionar el proceso de morir? Voluntades anticipadas. *Medicina Clínica*, 126(16), 620-623.
- Simón-Lorda, P. (2008). La capacidad de los pacientes para tomar decisiones: una tarea todavía pendiente. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*, 102, 325-348.
- Tamayo, M.I. (2010). *Efectividad de una intervención comunitaria integral para facilitar la cumplimentación de las voluntades vitales anticipadas*. Universidad de Granada. España.
- Toro, R., Silva, A., y Piga, A. (2013). Conocimientos y actitudes de médicos y enfermeras sobre las instrucciones previas. *Aten Primaria*, 45(8), 404-408.
- Wissow, L.S., Belote, A., y Kramer, W. (2004). Promoting advance directives among elderly primary care patients. *J Gen Intern Med*, 19, 944-951.



Edita: SCINFOPER