



# Investigación & Cuidados



Revista de la Organización Colegial  
de Enfermería de la Comunidad Valenciana

2º Semestre 2007, Vol. 5, Nº. 11

## ARTÍCULOS ORIGINALES

- Cultura y Género en la Gestión de Enfermería.
- Las Contribuciones de la Familia en la rehabilitación de la Lesión Medular. Revisión bibliográfica.
- Valoración y necesidad de Gestión Transcultural en los Cuidados de Enfermería de un Proyecto Intereuropeo. Experiencias en la práctica clínica con el Plan de Choque Intereuropeo Holandés.
- Asesoramiento Psicológico en la Prevención de Duelos Previsiblemente Patológicos.

*Proyecto de Investigación. III Premio CECOVA de Investigación para Residentes de Enfermería en Salud Mental.*

## ARTÍCULO ESPECIAL

- Estación de Enfermería, primeros pasos en la informatización de cuidados.

*I Premio V Premio Investigación CECOVA*

## BIBLIOGRAFÍA COMENTADA

## AGENDA DE ENFERMERÍA

## ENFERMERÍA EN LA RED

#### DIRECTOR:

José Antonio Ávila Olivares

#### SUBDIRECTOR:

Francisco Pareja Llorens

#### COMITÉ EDITORIAL

Coordinación: Elena Ferrer Hernández

Elena Andina Díaz

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

Manuela Domingo Pozo

Ricardo Martín Peñalver

Francisco Javier Gómez Robles

Cesar Rico Beltrán

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

María Torres Figueiras

#### COMITÉ ASESOR

Antonio Núñez Hernández

Juan Fabra Benet

Jesús Ribes Romero

Jose A. Forcada Segarra

Vicenta Coso Pardos

Juan A. González Sabaté

Carmen Chasco Parramon

Carmen Mihi Hornos

Miguel Romero Lorente

Isabel Casabona Martínez

Luis Garnes Fajardo

M<sup>a</sup> Ángeles Aparici Navarro

Encarna Martínez Hernández

José Verdú Soriano

Joseph Adolf Guirao Goris

Alberto Gálvez Toro

Modesta Salazar Agulló

Antonio Peña Rodríguez

Montserrat Angulo Perea

Belén Estevan Fernández

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

Silvia Campos Soler

M<sup>a</sup> Teresa Pinedo Velázquez

José Ramón Martínez Riera

#### COMITÉ TÉCNICO Y FINANCIERO

Juan José Tirado Darder

Belén Paya Pérez

Francisco Mulet Falcó

Antonio Verdú Rico

Felipe Serrano Gómez

Eugenia Gordo Casañ

Isabel Castelló López

Manuel Ribera Mella

Juan Caballero García

Pedro J. Homero Arnue

#### RELACIONES INTERNACIONALES

Asunción Marroquí Rodríguez

M<sup>a</sup> José Muñoz Reig

#### ILUSTRACIONES

María Hidalgo Sánchez

Revista incluida en el Catálogo colectivo de Publicaciones periódicas de Ciencias de la Salud

Revista incluida, con carácter exhaustivo en CUIDEN

y con carácter selectivo en la base de datos Bdlc

Revista sociofundadora del Consejo Iberoamericano de

Editores de Revistas de Enfermería y afines (CIBERE)

#### SUSCRIPCIONES

Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)  
c/Xàbia, 4<sup>a</sup>. 3<sup>a</sup> pta. 10 46010 VALENCIA

Teléfono 963298088

E-mail: cecova@cecova.org

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

#### ENVÍO DE TRABAJOS

Colegio de Enfermería de Alicante

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

Tif. 965121372 y 965123622

E-mail: cealicante@cecova.org

#### EDITA

Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)

#### TARIFA 2 NÚMEROS (1 AÑO)

Colegiados/as de la Comunidad Valenciana: Gratuito

Colegiados/as de otras provincias: 20 euros

Alumnos/as de Enfermería: 6 euros

# SUMARIO

EDITORIAL ..... 3

NORMAS DE PUBLICACIÓN ..... 6

## ARTÍCULOS ORIGINALES

Cultura y Género en la Gestión de Enfermería ..... 7

*Dinora Margarita Rebolledo Malpica,*

*Fernando Fernández Candela,*

*Ricardo Martín Peñalver*

Las Contribuciones de la Familia en la  
rehabilitación de la Lesión Medular.

Revisión bibliográfica ..... 13

*Zuila Maria de Figueiredo Carvalho*

*Ticiane de Menezes Gulate, Patricia Neiva Pinheiro*

Valoración y necesidad de Gestión Transcultural  
en los Cuidados de Enfermería de un Proyecto

Intereuropeo. Experiencias en la práctica clínica  
con el Plan de Choque Intereuropeo Holandés ..... 22

*Isabel Casabona Martínez, Manuel Lillo Crespo,*

*M<sup>a</sup> Dolores Mora Antón, José Siles González*

Asesoramiento Psicológico en la Prevención  
de Duelos Previsiblemente Patológicos.

Proyecto de Investigación

*III Premio CECOVA de Investigación para*

*Residentes de Enfermería en Salud Mental ..... 28*

*Antonia Serrano Marín*

## ARTÍCULO ESPECIAL

Estación de Enfermería, primeros pasos en  
la informatización de cuidados

*I Premio V Premio Investigación CECOVA ..... 45*

*Ángela Garrido Bartolomé, Vanesa Sánchez Martínez,*

*Amparo Muñoz Izquierdo, Antonio Ruiz Hontangas,*

*Vicente Octavio Ferrandis Campos*

BIBLIOGRAFÍA COMENTADA ..... 56

AGENDA DE ENFERMERÍA ..... 57

ENFERMERÍA EN LA RED ..... 58

Maquetación e Impresión: Gráficas Estilo, Alicante

ISSN: 1698-4587

Dep. legal: M-22516-2004

LA DIRECCIÓN DE LA REVISTA NO SE HACE RESPONSABLE DEL CONTENIDO

DE LOS ARTÍCULOS

**E**l debate de la prescripción enfermera está calando, no sólo en las altas instancias de representación de los colectivos sanitarios, sino también en sus bases. Prueba de ello ha sido el IV Foro del aula de Cures Sant Marc celebrado el 19 de febrero en Gandía, donde 200 enfermeras llenaron el salón de actos de la casa de cultura de esta ciudad para debatir la situación actual de esta cuestión profesional. Una de las conferencias más ilustrativas sobre la realidad de la prescripción enfermera fue la pronunciada por Enrique Castro Sánchez, enfermero español emigrado al Reino Unido en 1999 y que lleva desempeñando labores de especialista desde 2004, haciendo uso de sus facultades como enfermero

prescriptor en el campo de la tuberculosis y el VIH/Sida.

Enrique ha tenido la amabilidad de realizar la presente editorial, la cual nos dibuja la realidad de la prescripción enfermera en este país, que ha sido tomado como referencia a la hora de defender esta práctica en España. Por su extensión bien podría ser un artículo de opinión más que una editorial, en cualquier caso la aportación que hace para clarificar posiciones respecto a la prescripción enfermera en nuestro país, justifica su publicación en esta sección.

José Antonio Ávila  
*Director*

## La Prescripción Enfermera en el Reino Unido



El pasado mes de febrero, el Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA) tuvo la deferencia de invitarme a participar en el reciente IV Foro del aula de Cures Sant Marc, celebrado un año más en Gandía, y centrado en debatir la

prescripción enfermera. Personalmente, fue un gran placer asistir a dicha reunión y aportar mi experiencia como enfermero prescriptor en el Reino Unido, a la vez que fue muy enriquecedor comprobar las inquietudes y el interés que el tema despierta y los argumentos que se aportan por cada una de las partes, tanto a favor como en contra de la introducción de dicha medida.

Empezaré pidiendo perdón al lector puesto que, de manera consciente, evitaré reflexionar sobre el complejo entramado legislativo y semántico sobre el que muchas de las discusiones y desavenencias parecen centrarse en nuestro país. Me parece mucho más interesante el abordar la prescripción enfermera desde los puntos de vista que empecé a bosquejar en mi ponencia (disponible en <http://www.enriquecastrosanchez.com/>) y que pretenden resaltar, usando la experiencia en el Reino Unido, planteamientos hasta ahora poco discutidos o no considerados, a la vez que identificar los procesos que allí no han funcionado.

Sin lugar a dudas, la prescripción enfermera en el Reino Unido es el resultado de más de 20 años de negociaciones promovidas e impulsadas desde los diferentes gobiernos que han pasado por Downing Street. Todos sin excepción, desde los más acérrimos conservadores hasta modernizadores como Tony Blair, encargaron estudios e informes que dieron pie a reformas legislativas paulatinas encaminadas claramente hacia la prescripción enfermera.

Es más, resulta muy interesante comprobar cómo en esas dos décadas, el corpus legislativo ha ido reformándose sin pausa como respuesta no sólo a los resultados científicos de los comités expertos, sino también para facilitar la asistencia sanitaria a los ciudadanos. En definitiva, el Reino Unido ha demostrado como las leyes pueden y deben cambiarse si de esa forma se responde de manera más eficiente a las necesidades cambiantes de nuestros ciudadanos.

Es cierto que la manera de apoyar a nuestros pacientes en sus necesidades, las estructuras de cuidados y en definitiva, el sistema sanitario de cada país son únicos, y reflejan tradiciones y valores culturales, económicos y sociales. Por tanto, es necesario ejercer cautela acerca de cualquier intento de 'transplantar' soluciones desde un país a otro, sin evaluar su idoneidad y sin reflexionar sobre esos hechos culturales diferenciadores.

Pero también es cierto que España cuenta con la ventaja de poder aprender de las experiencias de varios países, y aún más importante, de la evidencia que se ha

## ■ Investigación & Cuidados

generado en esos países, para identificar los posibles problemas que la prescripción enfermera plantea, y considerar soluciones que se adapten a nuestro entorno. Sin embargo, me da la impresión de que pocos de los contribuyentes a este debate han prestado atención a esa evidencia, y esto se hace obvio cuando se revisan la mayoría de los argumentos en contra, y algunos a favor, de la introducción de la prescripción.

Por ejemplo, la prescripción enfermera en el Reino Unido surge como herramienta para favorecer la atención sanitaria y el acceso de los ciudadanos en zonas rurales y poco dotadas de personal, y se impulsa como un elemento positivo que aumente la calidad de los cuidados que reciben los contribuyentes. No se trata, pues, de formalizar una actividad que las enfermeras ya estuvieran llevando a cabo, sino de responder a una necesidad percibida por los autores de los diferentes informes y basada en una carencia del sistema por entonces vigente. La prescripción enfermera se propone como mejora, y no como una continuación.

El hecho de que el desarrollo y adopción de una función por parte de las enfermeras se considere una solución ideal para modernizar la atención a los ciudadanos debería ser muy reconfortante, y más si se tiene en cuenta el contexto histórico de las sugerencias originales. A mediados de los 80 el Reino Unido atraviesa un periodo de inseguridad económica, con gobiernos conservadores consecuentes con su ideario que demacraron el modelo de cobertura universal y financiada socialmente y una evaluación constante de la eficiencia de los roles y actividades profesionales.

Y la alusión a la eficiencia no es casual, puesto que a poco que se revisa la abundante literatura existente se descubre que las enfermeras prescriptoras independientes lo hacen de manera mucho más ajustada a la evidencia existente en cada momento, y que el gasto sanitario en medicamentos se incrementa proporcionalmente menos cuando las enfermeras prescriben, debido a la mayor promoción de la salud que llevan a cabo, en comparación con otros profesionales. Por tanto, y con la evidencia existente hasta ahora, el argumento del derroche no se sostiene. Como ejemplo, un reciente informe de la Oficina Nacional de Estadística Británica a petición de la Cámara de los Comunes (Congreso) sugiere que de los 200 millones de libras

de exceso de gasto farmacéutico del último ejercicio, las enfermeras fueron responsables del 0.2%.

**El gasto sanitario en medicamentos se incrementa proporcionalmente menos cuando las enfermeras prescriben, debido a la mayor promoción de la salud que llevan a cabo, en comparación con otros profesionales**

Pero las razones del impulso británico a la prescripción enfermera no se limitan a la mera economía. También adaptan corrientes de pensamiento enfermero que desarrollan la 'enfermería avanzada', aquella con un marco de competencias, estatus, responsabilidad y retribuciones más elevadas, situadas en planos hospitalarios y comunitarios, y no sólo centrada en funciones clínicas. La enfermería británica, por ejemplo, incorpora la prescripción enfermera independiente entre las funciones esenciales para las especialistas, y a partir de Abril no será posible ejercer como especialista sin ejercer la prescripción independiente.

Aquí surge, pues, otra diferencia con algunas posturas actuales en nuestro país, que sugieren una prescripción enfermera para todas las enfermeras, basada en argumentos sobre la carga académica comparada con otros profesionales. Puede que estos argumentos reduzcan la prescripción enfermera al mero conocimiento farmacológico, quizás obviando que es un eslabón dentro de un proceso mucho más extenso cuya finalidad no debería ser la sustitución de otros profesionales por parte de enfermeras (y en el caso del Reino Unido, fisioterapeutas, podólogos, comadronas...), sino la potenciación del rol enfermero.

Ahora bien, es esencial enfatizar que la exigencia de que ciertos grupos de enfermeras ejerzan la prescripción se ve acompañado en el Reino Unido por la existencia de mecanismos educativos, legales y de supervisión, en pos de un proceso de calidad total. Estos mecanismos incluyen la identificación de cada profesional prescriptor mediante recetarios individualizados, el envío de informes regulares acerca de las conductas prescriptoras y la obligatoriedad de la formación continuada y de la supervisión clínica por pares.

Además, el Ministerio de Sanidad británico apoya explícitamente este marco de calidad a través de recursos educativos gratuitos para los prescriptores, así

como un Departamento de Políticas de Prescripción Enfermera. Otras organizaciones como el Royal College of Nursing cuentan con consejeros nacionales en prescripción enfermera cuyo trabajo de investigación ha sido reconocido por el propio Ministerio de Sanidad como esencial para allanar el camino hacia la apertura total (con minúsculas excepciones) del vademécum. Estos requisitos son comunes a los existentes en otros países, pero sin embargo no parecen haber sido tenidos en cuenta en nuestro país.

Lógicamente, antes de cualquier consideración profesional hemos de recordar que el principio fundamental de *primun non nocere* ha de reinar en nuestros cuidados. Pero de nuevo, echando mano de la evidencia disponible, no es difícil rebatir los argumentos que apuntan a que la introducción de la prescripción independiente enfermera derivara en perjuicios para los ciudadanos, y de hecho, es posible sugerir que esta introducción no conducirá a perjuicios diferentes a los ya existentes. A este respecto, un editorial en el *British Medical Journal* dedicado a la prescripción enfermera ya desechaba esta postura y recordaba el elevado número de efectos adversos indeseados e iatrogenias a las que ya se veían sometidos los pacientes.

Abundando en el argumento de la seguridad, quizás la existencia de los mecanismos anteriormente descritos, más la adecuada selección de los profesionales, y el apoyo global en pos del beneficio del paciente de otros colectivos profesionales hayan servido para asegurar que, según el mismo informe mencionado anteriormente en la Cámara de los Comunes, desde las primeras legislaciones en 1986, no haya existido ningún caso de malpraxis en la prescripción independiente enfermera, así como el hecho de que ninguna enfermera haya sido imputada y mucho menos condenada por negligencia al hacer uso de esta facultad.

**Echando mano de la evidencia disponible, no es difícil rebatir los argumentos que apuntan a que la introducción de la prescripción independiente enfermera derivara en perjuicios para los ciudadanos**

Por último, deberíamos esforzarnos por descubrir otro eje fundamental de nuestra actividad. De todas estas aspiraciones, ¿qué piensan nuestros pacientes?

¿Qué importancia creen ellos que tendrá para sus cuidados el hecho de que sea uno u otro profesional el que les prescriba? ¿Qué argumentos y que evidencia (¡una vez más!) poseemos acerca de este aspecto? Curiosamente, los resultados más robustos generados por el equipo de Molly Courtenay en el Reino Unido apuntan a que nuestros pacientes se ajustan bien al cambio y desean seguridad y un servicio cómodo y eficaz, pero no presentan las reticencias y miedos de los profesionales. Quizás deberíamos prestarles más atención...

Para finalizar, y aprovechando mi cercanía geográfica, recordemos la cita del genial poeta irlandés WB Yeats. Hace ya casi 100 años en su obra 'Responsabilidades', Yeats nos recordaba que "...in dreams begin responsibility", es decir, conseguir nuestros sueños nos exige una responsabilidad. Consigamos este sueño y aceptemos esta responsabilidad.

*Enrique Castro Sánchez*

**¡¡Última Hora!!**

*Estando la revista en imprenta, Enrique Castro nos ha mandado una información que complementa su editorial y que por su importancia en el tema que nos ocupa, reproducimos a continuación:*

El pasado 3 de Marzo tuvo lugar una conferencia nacional sobre la prescripción enfermera, que estuvo organizada por el Royal College of Nursing. En ella, Paul Robinson, Director de Políticas de Prescripción Enfermera del Ministerio de Sanidad británico, comentó que en Abril de este año el Ministerio de Sanidad distribuirá una circular que elimina el reducido número de medicamentos controlados (morfina y demás...) que hasta ahora las enfermeras no podían prescribir.

Por tanto, desde Abril de este año, las enfermeras con formación prescriptora independiente tienen la misma potestad prescriptora que cualquier profesional médico. Entre las razones argumentadas por Paul Robinson se encuentran el 'apoyo masivo' que la Oficina Nacional para el Abuso de Drogas, dependiente del ministerio del Interior británico, ha dado a la propuesta, en vista de la mucha mayor calidad prescriptora de las enfermeras, desmontando los miedos que algunos sectores médicos tenían en cuanto a la capacidad de las enfermeras de prescribir medicamentos con alto potencial adictivo y delictivo.

**L**a revista Investigación & Cuidados es una publicación de carácter científico abierta a todos aquellos trabajos de investigación que contribuyen al desarrollo de la Enfermería en todas sus vertientes: asistencial, docente, gestión e investigación.

Investigación & Cuidados valorará para su publicación todos aquellos trabajos que dentro del campo de estudio de la Enfermería aportan contribuciones para su desarrollo como Disciplina.

Se someterán todos los trabajos que se presenten a un sistema de valoración por expertos.

Todos los trabajos aceptados quedan como propiedad permanente de Investigación & Cuidados y no podrán ser reproducidos en parte o totalmente sin permiso de la revista.

No se aceptarán trabajos publicados en otra revista, hecho que el autor deberá declarar en la carta de presentación del artículo.

El consejo editorial acusará recibo de los trabajos enviados a la revista e informará acerca de su aceptación así como se reserva el derecho de rechazar originales que no juzgue apropiados.

### ESTRUCTURA DE LOS MANUSCRITOS

- En general la extensión máxima de los trabajos no debe exceder 15 folios a doble espacio con letra Times o Arial. Tamaño 12 puntos. En el procesador de textos Word de Microsoft.
- La extensión máxima del trabajo será de 12 folios para originales y revisiones y 4 folios para cartas al director.
- Se admiten un máximo de 5 ilustraciones separadas y numeradas a parte del texto.
- Se admiten un máximo de 6 firmantes o un nombre de grupo de investigación.
- Se enviarán al comité editorial 3 copias impresas y un disquete de 3'5 o CD.
- Las hojas irán numeradas en el ángulo superior derecho
- El consejo editorial propondrá a los autores las modificaciones que considere necesarias para la publicación del artículo original. En esos casos los autores deberán remitir el original con

las modificaciones en un plazo superior a 1 mes pues en caso contrario no se garantiza su publicación.

- Cada sección del trabajo ha de comenzar con una nueva página.
- En la primera página deberá aparecer: título, autores con nombre completo y centro de trabajo, dirección para la correspondencia y e-mail.
- En la segunda página deberá contener el resumen y las palabras clave. No más de 300 palabras. El resumen debe contener el propósito de la investigación, procedimientos básicos, hallazgos principales y conclusiones principales. deben aparecer de 3-10 palabras clave.
- En las páginas sucesivas aparecerá el texto:

#### 1.- Si se trata de un artículo original:

- Introducción: propósito estudio y justificación.
- Material y métodos, Sujetos y métodos.
- Resultados.
- Discusión.
- Bibliografía.

#### 2.- Si se trata de revisiones o trabajos conceptuales:

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

3.- Carta al director: Esta sección es el lugar donde los lectores de Investigación & Cuidados pueden exponer sus comentarios, preguntas o críticas acerca de los artículos publicados y así como los autores responder.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Se presentarán según el orden de aparición en el texto con la consiguiente numeración.
- En el texto aparecerá la numeración de la cita en número volado independientemente de que aparezca en el texto el nombre de los autores. Si se trata de una referencia de un trabajo realizado por dos autores se nombran ambos y si son varios se pondrá el nombre del primero seguido de et al.
- En caso de abreviar nombres de las revistas se utilizará el estilo de Index Medicus e Index de Enfermería.

- Se evitará el uso de frases imprecisas como citas bibliográficas; no pueden emplearse como tales "Observaciones no publicadas" o "comunicación personal".
- Los originales aceptados pero no publicados, se incluyen en las citas bibliográficas como "en prensa" (entre paréntesis).

### ILUSTRACIONES, FIGURAS Y TABLAS

Se entenderán como figuras las fotografías y las gráficas o esquemas. Ambos elementos irán numerados de forma correlativa y conjunta como figuras.

4.1. Las fotografías se seleccionarán cuidadosamente, procurando que sean de buena calidad y omitiendo las que no contribuyan a una mejor comprensión del texto. El tamaño será de 9 x 12 cm. Es muy importante que las copias fotográficas sean de calidad inmejorable para poder obtener así buenas reproducciones. Las fotografías se reproducirán en blanco y negro. No obstante, previo acuerdo económico con la editorial se admiten ilustraciones en color, caso en el que se recomienda el envío de diapositivas. Las fotografías irán numeradas al dorso mediante una etiqueta adhesiva, indicando además el nombre del primer autor, con una fecha se señalará la parte superior, debe procurarse no escribir en el dorso ya que se producen surcos en la fotografía. Se presentará por separado, dentro de un sobre y los pies de las misas deben ir mecanografiados en hoja aparte.

4.2. Las gráficas se dibujarán con tinta china negra, cuidando que el formato de las mismas sea de 9x12 cm. o un múltiplo. Se tendrán en cuenta las mismas normas del apartado 4.1. para las fotografías,

4.3. Tablas. Se presentarán en hojas aparte que incluirán: a) numeración de la tabla b) enunciado (título) correspondiente, y c) una sola tabla por hoja. Se procurará que sean claras y sin rectificaciones; las siglas y abreviaturas se acompañarán siempre de una nota explicativa al pie. Si una tabla ocupa más de un folio se repetirán los encabezamientos en la hoja siguiente.

# Cultura y género en la gestión de Enfermería

**Autores:** Dinora Margarita Rebolledo Malpica\*, Fernando Fernández Candela\*\*, Ricardo Martín Peñalver\*\*\*

\* Técnico Superior Universitario en Enfermería. Licenciada en Enfermería.

\*\* Adjunto de Enfermería Centro de Especialidades, Dpto. 20, Elche. Profesor Asociado Universidad CEU Cardenal Herrera, Elche.

\*\*\* Enfermero Hospital General Universitario de Elche, Profesor Asociado Dpto. de Enfermería Universidad de Alicante.

## Culture and gender in nursing management

### ABSTRACT

The continuous search for excellence has increased the interest of product and services quality as a mean of guarantee clients' satisfaction. This situation is also present in health care institutions, which are becoming more and more demanding with both their material and human resources, regarding the necessary training to provide health care assistance.

In the last decades nursing has made a significant progress in the academic, practice and research field, which has qualify it to develop a quality and productive practice;

and has also enable nursing discipline to take and active role in the organization's goal achievement and patient satisfaction.

However, this important nursing contribution is not always recognised in health institutions, where most of the times are not nursing professionals who received the merits when a patient is satisfied or when organization goals are achieved.

Social and cultural evolution of nursing discipline has showed a view of nursing as helping to reach patient satisfaction rather than taking an active role in this achievement. This attitude towards nursing

is inherited from a gender culture, women (a female dominated occupation) are in charge of lesser valued task and helping men.

Several studies have been done about gender in different disciplines, but gender is specially important in nursing, as is a particularly "female occupation" with all the common typical gender characteristics such as "caring, looking after, nourishing". With this study we intend to develop a debate about management culture and gender in nursing in health organizations.

**Key words:** culture, gender, nursing management, professional practice

### RESUMEN

La continua búsqueda de la excelencia, ha propiciado que en todas las organizaciones de atención a clientes, se interesen por la calidad de sus productos y servicios, como medida para asegurar la satisfacción de los mismos. Las organizaciones de salud no quedan fuera de este interés, y exigen cada día más de sus recursos, tanto humanos como materiales, la preparación necesaria para proporcionar

atención de calidad al paciente que acude a ellas.

Enfermería en las últimas décadas, ha logrado grandes avances en su desarrollo académico y práctico, así como en el campo de la investigación, que la han capacitado para ejercer un desempeño productivo y de calidad, participando de manera directa en el alcance de las metas organizacionales y en la satisfacción del paciente.

Sin embargo, en las instituciones

de salud no se hace evidente el reconocimiento de este aporte, y no es enfermería quien obtiene normalmente méritos cuando el paciente queda satisfecho con la atención recibida y cuando se cumplen satisfactoriamente los objetivos organizacionales.

La evolución social y cultural de la disciplina ha dejado una concepción de que enfermería es sólo de ayuda en la satisfacción del cliente y no un protagonista más de dicho

logro. Es esta una actitud transmitida a la profesión desde la cultura del género, la mujer (mayoría en la profesión de enfermería) se ocupa de tareas menos complejas y de ayuda al hombre. El Género es un tema trabajado por muchos investigadores en los últimos tiempos y en

muchas áreas del saber, pero en enfermería guarda un especial énfasis, ya que es una profesión arraigada en “lo femenino”, atribuyéndosele las características propias de su género como “cuidar, vigilar, nutrir,” como parte de su naturaleza. Con este trabajo preten-

demos propiciar un debate sobre la concepción de la cultura de gestión y el género en enfermería, dentro de las organizaciones de salud.

**Palabras clave:** Cultura, género, gestión de enfermería, desempeño profesional.

## INTRODUCCIÓN

Los avances en la percepción tanto del fundamento de la práctica de enfermería, como de su propio entorno social, exige que ésta tenga una visión ampliada de su actuación y desempeño dentro de las instituciones de salud, reconociendo su aporte al cumplimiento de los objetivos de las mismas, así como su contribución en la satisfacción del paciente, eje central de la existencia de dichas organizaciones.

Los adelantos en la ciencia y tecnología han capacitado y preparado a la disciplina de enfermería para un desempeño productivo, siendo efectivo y eficaz en el alcance de las metas de las instituciones de salud. Sin embargo, enfermería pareciera no estar interesada en hacer evidente su participación en este logro, y no exige reconocimiento o mérito en el mismo, dejando su desempeño productivo en la prestación de un cuidado satisfactorio al paciente o usuario, como sólo parte de su trabajo cotidiano y rutinario.

Para tratar de comprender lo expuesto se hace necesario hacer una revisión rápida de la cultura que ha heredado enfermería. “Se le relaciona con religión, y la disciplina en enfermería se convirtió en un modo de vida, quienes se dedican al cuidado deben ser adiestradas en la docilidad, pasividad, humildad y desprecio total de si mismo, se promulga la obediencia incontestable al sacerdote o médico” Donahue (1). En esta referencia se hace evidente la concepción que se tenía de la enfermería y como ésta ha influido en la construcción de la propia cultura de la disciplina.

Los seres humanos para poder relacionarse han tenido que organizarse en grupos, conformando de esta manera la sociedad. Cada organización grupal es a su vez un sistema complejo, que tiene características y

valores propios, que determinan su cultura. En las humanidades y en las ciencias humanas el término “cultura” conserva parte de su connotación originaria, que viene del latín y que significa crianza o caldo de cultivo. Al aplicarse a la organización social de los seres humanos, comenzó a significar “conjunto de atributos y productos de las sociedades humanas, que son extrasomáticos y transmisibles mediante mecanismos distintos de la herencia biológica, y están esencialmente ausentes en la especie subhumana, al tiempo que son características de la especie humana, cuando se unen en sociedades.” Kroeber y Kluckhohn (1952), citado por Payme (2).

Este mismo autor plantea otra definición de cultura “todo complejo que incluye, conocimientos, creencias, arte, leyes, moral, costumbres y cualquier otra capacidad o hábito adquirido por el hombre en tanto sea miembro de una sociedad”. Siguiendo estas ideas expuestas se dice que la cultura adoptada por el grupo, permite que sus miembros adquieran consciente o inconscientemente, actitudes, tradiciones y expectativas que condicionan fuertemente el pensamiento y comportamiento de sus integrantes.

Enfermería como grupo, ha vivido y experimentado diversas transformaciones a lo largo de su evolución y desarrollo profesional, que han condicionado la actitud, pensamiento y comportamientos de sus miembros. Enfermería es un fenómeno social que ha estado influido por los hechos sociales que acontecen a su alrededor y que la han ido configurando a lo que es hoy, donde el papel del género y la cultura heredada, ha sido preponderante y determinante, atribuyéndole una actitud de desigualdad que es arrastrada hasta nuestros días, permitiendo que exista dentro de las institu-



ciones de salud, dificultad de acceso de enfermería al poder, a los recursos, a la toma de decisión y a una valoración social de la profesión. Este fenómeno de la profesión, le ha generado que construya su propia concepción de cultura de grupo. Para Kerouac (3), el centro de interés de enfermería está en los cuidados de la persona, que en interacción continua de su entorno vive experiencias de salud. De igual manera expresa Antón (4) “El cuidado es un valor personal y profesional de enfermería que sirve de base a su actuación”. Según esto y siendo el cuidado humano el objeto epistémico y filosófico de enfermería, es también quien da la fundamentación de ser, saber y hacer de su práctica, haciendo que tenga su propia manera de actuar, pensar, sentir, es decir, su autonomía para actuar.

Enfermería se ha caracterizado por ser una profesión humanística, de vocación y servicio al prójimo, cuyo ejercicio está centrado en el paciente y para el paciente, sin embargo, autores como Virginia Henderson (5) en *La naturaleza de la enfermería*, hace referencia a dicho aspecto como: “El ejercicio de la enfermería supone un desempeño remunerado y altamente reconocido de cualquier trabajo durante la observación, cuidado y consuelo del enfermo”. Contrario a lo expuesto por otros autores, dónde se describe que “Enfermería es un acto de caridad, humildad, y salvación del alma mediante buenas obras” Hernández-Conesa (6), características atribuidas también a su condición de mujer, y que dejan a enfermería en una posición de modestia y vocación que no le permite obtener o exigir mayor recompensa o hacer visible sus servicios. Esta concepción se ha apropiado de la cultura de enfermería que manejan sus miembros y hasta la misma sociedad.

Sin embargo, los actuales tiempos de grandes cambios y transformaciones en todos los campos, no han exceptuado a la enfermería como profesión y disciplina. El avance en la ciencia, la investigación académica y la práctica de sus miembros, le han llevado a replantearse esa condición de “modestia” descrita anteriormente, y a asumir una actitud exigente ante la sociedad, como lo exponía Henderson. Sin embargo, esta exigencia no queda sólo en la remuneración de su trabajo y posición como mujer, que sí bien es cierto también es importante, sino que va más allá, y pide reco-

nocimiento en la satisfacción del paciente, en el manejo del poder y la toma de decisiones dentro de las organizaciones de salud. A menudo se observa en algunos casos donde se oyen expresiones de “Gracias al doctor que nos atendió”, dicho por pacientes del ámbito hospitalario al momento de su alta, no haciéndose evidente el cuidado proporcionado por enfermería a ese mismo paciente. Además es conocido por todos los que están inmersos en este medio, que no es enfermería quien ocupa los puestos o plazas de mayor poder y dirección de las instituciones.

La actuación de enfermería en sus diversos escenarios de acción ha sido enfocada a garantizar y proporcionar cuidados a los pacientes, cuidados que como ya se dijo en este planteamiento, se basan en su razón de ser, saber y hacer. Sin embargo, también es necesario para enfermería recibir retribución por su actuación.

Por otro lado, las instituciones de salud, justifican su existencia en sus objetivos y/o misión, que fundamentalmente es proporcionar una atención sanitaria de calidad al usuario de sus servicios. Estas organizaciones están integradas por recursos humanos, en la mayoría de los casos altamente cualificados, cuya filosofía personal se identifica con la concepción de que el paciente, es el elemento central de toda actividad asistencial, en términos de conseguir una alta calidad en los servicios prestados y generar satisfacción al usuario o enfermo, al mismo tiempo que cumplir las metas organizacionales.

Para enfermería estos planteamientos, ya están inmersos en su cultura de actuación dentro de las organizaciones, además es necesario remarcar que el personal de enfermería es quién ocupa el mayor número de recursos humanos de los centros asistenciales, dándole la oportunidad de mayor permanencia y contacto con el paciente y mayor experiencia en la gestión hospitalaria.

Siguiendo las ideas expuestas hasta ahora, se puede decir que enfermería tiene la preparación, voluntad y recursos, (dejando a un lado su herencia de la cultura del género en la profesión) para tener un desempeño productivo que garantiza cuidados de calidad, y por tanto, satisfacción al usuario, lo que se interrelaciona con el fin último de las organizaciones de salud. Sin embargo, en la realidad vivida en buena parte de los

centros asistenciales, no es enfermería quién recibe retribución o reconocimiento, y no es quien obtiene los cargos de mayor poder y toma de decisión en los mismos, y esto parece no afectar de manera significativa a sus miembros, quizás por no ser conscientes o no poseer una cultura propia de su productividad, basada en lo bien que realizan su trabajo y del avance científico que ha alcanzado la disciplina en la actualidad, o quizás se deba decir, que aceptan inconscientemente su herencia de sumisión que le ha "atribuido" el papel de la mujer en la sociedad.

A menudo se evidencia, que no se reconoce, en ocasiones ni por las mismas enfermeras, mérito alguno a la realización de una actividad hecha con eficiencia y eficacia por enfermería, porque "es parte de su trabajo".

La naturaleza de los servicios de enfermería, se basa en el paciente y la satisfacción de sus necesidades, que si bien es importante, también lo es la satisfacción de haber realizado un trabajo "bien hecho". Lo que no se comprende es, ¿Cómo un trabajo productivo, que logra el alcance de los objetivos tanto organizacionales como individuales, no sea valorado o reconocido por algunos actores tan importantes de ese medio, como el mismo personal de enfermería, entre otros?, además ¿Cómo es que una disciplina que ha alcanzado niveles científicos y académicos tan elevado, no ha ocupado el lugar correspondiente a su preparación en las organizaciones de salud? Y por último ¿Cómo es concebida la gestión de enfermería desde la perspectiva del género, en las organizaciones de salud?

Es esta reflexión crítica la que plantea la necesidad de propiciar un debate, en la concepción de la cultura de gestión y el género en enfermería, dentro de las organizaciones de salud.

### ESTADO DE LA CUESTIÓN

En relación con la investigación en enfermería, esta disciplina esta recién llegada al campo de la investigación, apenas tiene varias décadas de investigación efectiva, según Morse (7) y Polit-Hungler (8), por lo que el fundamento de sus conocimientos pertinentes para su ejercicio, han sido desarrollados netamente en el área clínica, dejando a veces fuera otros aspectos también importantes de la profesión, como la investi-

gación en el campo del desarrollo profesional, el desempeño, funciones y actividades, y hasta la gestión de las instituciones de salud.

En la actualidad son muy escasas las investigaciones en el área de enfermería y otras disciplinas de la salud, (se revisaron algunas bases de datos como BDEF, BDIE, BIREME, CUIDEN, LILACS, CINDOC e ISOC), cuyo objetivo se centra en conocer la Gestión, eficacia y eficiencia de su desempeño profesional. La mayoría de los estudios se interesan más por la satisfacción del paciente y en la influencia del Género en la disciplina.

Sin embargo, se logró encontrar a Abaunza (9), quién hace una revisión rápida sobre la gerencia del cuidado de enfermería en función de su productividad, pero ella misma asegura que, "Medir los resultados de la atención que brinda enfermería es difícil y controvertido" debido a las condiciones y naturaleza de su trabajo, y que además enfermería, no está preparada para hablar de su productividad en la gestión de centros hospitalarios, porque apenas está comenzando a dar los primeros pasos en la construcción de una cultura de productividad en enfermería.

Consideramos que el diálogo contemporáneo y actual de enfermería, sugiere que la disciplina está preparada para reconocer la complejidad de la construcción de sus conocimientos en todas sus formas, y obliga a profundizar con investigaciones que den respaldo a este planteamiento. Así lo corrobora Polit-Hungler (8), cuando explica que el desarrollo de la investigación en enfermería, en las últimas tres décadas "ha sido considerable y brinda a los profesionales una base cada vez más sólida de conocimientos para la práctica", lo que permite asumir que en estos momentos enfermería posee las herramientas y la base científica necesaria para afrontar nuevos retos en la disciplina.

Los avances científicos y tecnológicos que han transformado la sociedad, han producido grandes cambios en todas las áreas del saber. Enfermería es una disciplina que ha vivido directamente el efecto que estos cambios han dejado en su estructura. Hace unas décadas enfermería era considerada una profesión de "ayuda" de otras disciplinas de la salud, en la actualidad posee su propio cuerpo de conocimientos, basado en la investigación científica de sus miembros, Polit-

Hungler (8). Lo que le ha permitido asumir un rol de autoridad en la atención de los pacientes o usuarios de sus servicios y dentro de las organizaciones de salud donde se desenvuelve.

Las transformaciones en la concepción de enfermería como disciplina científica y profesional, la han llevado a ampliar su campo de acción. Si antes actuaba sólo con pacientes enfermos, ahora también lo hace en función de factores que influyen en la repuesta del individuo al proceso salud-enfermedad y a su contexto en general. Enfermería ha ido más allá de cuidar, y se ha involucrado en investigaciones con otros aspectos también importantes, como el estudio y análisis del contexto de los individuos, y la percepción, actitudes y valores de éste, con relación a su desempeño, comportamiento y/o conducta, es decir, la cultura grupal de quienes están inmersos en su medio y hábitat.

La literatura actual refleja un creciente interés por los métodos de investigación utilizados en el desarrollo del conocimiento de enfermería, con autores que subrayan la importancia de la diversidad de métodos de investigación cuantitativos y cualitativos, Marriner-Tomey(10). Esta inquietud de enfermería, ante una nueva visión de investigación de la disciplina, la ha llevado a interesarse en circunstancias que salen del “espacio de una patología médica” que generalmente se indaga con una posición positivista y se ha sumergido en un espacio más amplio y abierto, que le permite conocer lo que sienten, creen y piensan las personas con quien se está investigando.

Este enfoque social y humanístico de enfermería le permite enfrentar muchos problemas y situaciones de su entorno, que no obtienen respuesta con el paradigma positivista y que piden ser abordados con una nueva forma o visión, como el paradigma hermenéutico o interpretativo, al cual le interesa “El significado humano adscrito a un grupo de circunstancia o fenómeno” Lincoln (11). En el estudio de los diferentes paradigmas, la concepción y los principios que guían a la enfermería son esenciales para la comprensión de la naturaleza del cuidado o servicio que proporciona a sus usuarios y que es la base de su pensamiento disciplinar, Kerouac (3).

Este despertar de una nueva conciencia paradigmática en las investigaciones de enfermería y en la salud

en general, ha incentivado el interés por las reflexiones personales de los sujetos y la manera de transformar su entorno o la percepción que de él tengan los mismos.

Para mayor comprensión de la idea del nuevo paradigma en la investigación de enfermería, se hace necesario revisar la metodología cualitativa. Esta metodología estudia la realidad en su contexto natural, tal como sucede, intentando dar sentido e interpretando los hechos de acuerdo con la visión de las personas implicadas, como lo explica Lincoln, quién considera que la investigación cualitativa es aquella “que intenta capturar el fenómeno de manera holística, entenderlo, comprenderlo dentro de su contexto dado”, esto hace que la investigación cualitativa o interpretativa se convierta en la herramienta por excelencia de la indagación humanística y por ende de este nuevo enfoque de la investigación en enfermería.

Morse (7) así lo corrobora “La investigación cualitativa es la herramienta por excelencia para la construcción de la enfermería como profesión, disciplina y ciencia”, el investigador cualitativo indaga en la condición humana, en las acciones y en las múltiples respuestas sociales de las personas, permitiéndole la construcción de su propia realidad y por ende de su propio conocimiento.

Desde el punto de vista ontológico, y según lo expuesto anteriormente, la realidad de las enfermeras con relación a la concepción que poseen de su propia cultura y capacidades gerenciales en las instituciones, es relativa, pues depende de sus propias actitudes, creencias, valores personales y profesionales, y sobre todo de la visión cultural que enfermería ha venido asumiendo en todos estos años de evolución profesional, así como la opinión de otros actores del medio, de manera que se pueden encontrar diversidad de posturas sobre la cultura, el género y la gestión de enfermería en las organizaciones de salud.

Por otro lado y desde el punto de vista epistemológico, las investigaciones en enfermería con este enfoque implican una relación reflexiva entre el investigador, lo investigado y el contexto real de estos, al mismo tiempo que le permite asumir un rol como un participante más del proceso de indagación, como lo dice Lincoln, “El indagador y lo indagado se mezclan en

una sola interactiva entidad y los hallazgos son literalmente contruidos por la interacción entre el investigador y lo investigado”.

### CONCLUSIÓN

Por último y para concluir, según lo expuesto anteriormente, enfermería ha asumido su rol determinante en la satisfacción de las necesidades del paciente que busca sus servicios, consciente de la importancia de sus actividades en este logro. De lo que no se tiene evidencia, es que sea consciente también que le corresponde mérito por su trabajo bien realizado, y recibir retribución o reconocimiento por el alcance de los objetivos de la organización de salud. Quizá la herencia recibida del papel de la enfermera en la historia y la evolución de la profesión, aún afecta con alguna profundidad a sus miembros, dándole una posición un tanto modesta en relación con el reconocimiento de su productividad en el desempeño de la profesión, en comparación con otras disciplinas de salud.

Sin embargo, en el momento actual que vive la disciplina, bajo el auge científico y tecnológico, enfermería ha adquirido herramientas necesarias para salir de ese estado de estupor en el que había estado sumergida e introducirse en la nueva visión de la profesión, la cual le abre las puertas a una legitimidad científica, consolidándola como una profesión basada en conocimientos propios, que le permite estar en la capacidad de exigir reconocimiento ante su actuación, al mismo tiempo, estar al nivel de cualquier otra disciplina de la salud, que recibe retribución por su desempeño efectivo en las organizaciones.

Esta nueva posición de la disciplina le permite crear su propio conocimiento, como ciencia, disciplina y profesión, haciéndola consciente de que este conocimiento se crea a partir de su propia realidad, su forma de ver la profesión y de su actuación en la sociedad, es decir, construyendo su propia cultura de productividad y gestión.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Donahue, P. Historia de la Enfermería. Barcelona: Doyma. 1985.
2. Payme, M. Diccionario de la teoría crítica y estudios culturales. Buenos Aires: Editorial Paidós; 2002; 7.
3. Kerouac S, Pepin J, Ducharme F, et al. El pensamiento enfermero. Barcelona: Masson SA; 1996. 13-9.
4. Antón P. Enfermería. Ética y legislación. Manuales de enfermería. Barcelona: Editorial Masson y Salvat Enfermería;1994. 11-5.
5. Henderson, V. La naturaleza de la enfermería: Reflexiones 25 años después. Madrid: Interamericana-McGraw-Hill; 1994. 9-14.
6. Hernández-Conesa J, Morales de la Calatrava P,Y Esteban-Albert M. Fundamentos de la enfermería: Teoría y método. 2ª edición corregida y ampliada. Madrid: McGraw-Hill interamericana; 2003. 6-7.
7. Morse. M. J. Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Facultad de enfermería de la Universidad de Antioquia. Contus; 2003. 3-11.
8. Polit, D y Hungler, B. Investigación científica en las ciencias de salud. 5ª edición. México: En: McGraw-Hill; 1995. 7:11:17.
9. Abaunza de Gonzáles. M. Gerencia en el cuidado productivo de enfermería. En revista Cuidado y Práctica de Enfermería. Bogotá: Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de Colombia; 2000. 45-56.
10. Marriner-Tomey, A. Modelos y Teorías de enfermería. 3ª Edición. Madrid. Mosby/Doyma. 1994; 23.
11. Lincoln Y. Conexiones afines entre los métodos cualitativos y la investigación en salud. En revista Investigación y Educación en Enfermería 1997;15 (2):51-3.

# Las contribuciones de la familia en la rehabilitación de la lesión medular.

## Revisión bibliográfica

**Autores:** Zuila Maria de Figueiredo Carvalho\*, Ticiane de Menezes Gularte\*\*, Patricia Neiva Pinheiro\*\*\*

\* *Post-Doctora en Enfermería – UNL – Portugal. Docente del Programa de Postgrado en Enfermería del DENF/FFOE/UFC.*

\*\* *Estudiante de Enfermería del Curso de Graduación en Enfermería del DENF/FFOE/UFC.*

\*\*\* *Doctora en Enfermería. Docente de la Disciplina Metodología de la Investigación II del Curso de Graduación en Enfermería del DENF/FFOE/UFC.*

### Family contribution in spinal cord injury rehabilitation. A review

#### ABSTRACT

*The aim of this study is to identify in literature family contributions as caregivers in the rehabilitation of relatives with spinal cord injury. To identify the feelings of caregivers in this situation and also to show the teaching role of nurses in the rehabilitation process through their advice to relatives.*

*A bibliographic review was carried out in Ceará federal university library in Brasil. Data collection took place from December 2006 until January 2007. The sample*

*included 255 articles about spinal cord injury, 55 about rehabilitation, 65 about nursing and 15 about family caregivers. Also 20 books, 6 thesis and 12 dissertations about spinal cord injury and nursing care were used from the databases LILACS, SCIELO, BDNF y MEDLINE searched in the website of BIREME.*

*Data were analyzed through discussion and comparison between differences and similarities about the subject and it was divided in two topics: family contribution in the*

*rehabilitation of a relative with spinal cord injury; and the teaching role of nurses in the rehabilitation process.*

*The findings showed an urgent need to carry out further studies like this one and the lack of objectivity of many studies regarding the benefits of nursing advice. It was also useful for providing a great understanding of the problems of patients with spinal cord injury.*

**Key words:** *Bibliographic review, family caregiver, spinal cord injury.*

#### RESUMEN

*Este estudio tiene como objetivo identificar en la literatura las contribuciones de las familias como cuidadores en la rehabilitación de las personas con lesión medular, las formas de que sean y que sienten delante de la situación de trauma la que sus parientes próximos y también mos-*

*trar el papel del enfermero como educador en el proceso en la rehabilitación a partir de las orientaciones de enfermería dadas a él y sus familiares. El método utilizado fue la revisión bibliográfica, realizada en la biblioteca sectorial de la Universidad Federal de Ceará – Brasil, la recogida de los datos ocurrió de*

*Diciembre de 2006 Janeiro de 2007. La muestra envolvió 255 artículos sobre lesión medular, 55 sobre Rehabilitación, siendo 65 de enfermería y 15 artículos fueron sobre el familiar cuidador, 20 libros de lesión medular, 6 tesis y 12 disertaciones que se refieren a Lesión medular y cuidados de enfermería de las bases*

## ■ Investigación & Cuidados

LILACS, SCIELO, BDNF y MEDLINE investigada en la Web de la BIREME. Los datos fueron analizados por medio de una discusión y comparación entre divergencias y congruencias acerca de la temática del estudio y fue dividida en dos tópicos: el primero que versa sobre la contribución de la familia en la reha-

bilitación del lesionado medular y el segundo sobre el papel del enfermero como educador en el proceso de rehabilitación del lesionado medular. Se concluye que existe gran necesidad de realizarse mayores investigaciones como esta, la falta de la objetividad de muchos estudios en lo que dice respecto a la rehabilitación del

lesionado medular como modalidad de prestación de servicio del enfermero es una realidad, el estudio proporcionó gran enriquecimiento para comprensión de los problemas de las personas con lesión medular.

**Palabras clave:** Revisión bibliográfica; Familiar cuidador; lesión medular.

### INTRODUCCIÓN

El traumatismo de la médula es actualmente considerado un problema de salud pública con un alto coste financiero, pérdida de la calidad de vida y perjuicio en la productividad del país una vez que la población más afectada la constituye adolescentes y adultos jóvenes del sexo masculino con edad entre 15 y 40 años <sup>1,2,3,4</sup>.

Esta población joven, sufre la mitad de los traumatismos los cuales resultan de accidentes automovilísticos con vehículos motorizados, caídas, deportivos, buceo en agua rasas, accidentes de trabajo y por arma de fuego o arma blanca, lo que ocurre, bajo mi punto de vista, debido al uso de bebidas alcohólicas o imprudencia en la conducción <sup>5,6,7,8</sup>.

La incidencia de la lesión de la médula espinal viene aumentando de manera significativa en los últimos 20 años. En Brasil, la preocupación con la rehabilitación de las personas con lesión medular es reciente cuando comparada con la historia de la enfermería y actualmente investigaciones vienen siendo desarrolladas por enfermeras en la rehabilitación precoz y tardía de la lesión de la médula espinal.

Esas investigaciones fueron relevantes para la enfermería en rehabilitación, pues abordaban todos los aspectos y complicaciones decurrentes de la lesión medular <sup>2,4,7</sup>. Siendo la lesión medular un factor de discapacidad, se tiene la necesidad de cuidados en la rehabilitación de esos pacientes.

La rehabilitación es un proceso que recoge el desarrollo de las capacidades restantes, permitiendo que el individuo alcance su independencia en las actividades físicas, profesionales y sociales, de acuerdo con su nivel de lesión.

Para Faro se debe partir del principio que la rehabilitación va además de la recuperación de funciones perdidas o alteradas donde se promueve envolver al paciente y su familia en la implementación de los cuidados <sup>2</sup>. Esta autora relata aunque los aspectos psico, socio-espirituales, económicos y políticos, constituyen un desafío para todos los actores envueltos en este proceso: el enfermero, el paciente y la familia. El éxito de la rehabilitación dependerá de la implicación de la familia y de la sociedad en el proceso.

Cuidar de personas con lesión medular en casa es un aspecto de la realidad vivenciada por la familia, principalmente, por el cuidador familiar y la participación de la familia como cuidadora es decisiva e importante en los cuidados preventivos al portador de esa situación de incapacidad. Teniendo en mente que el familiar será el cuidador o los cuidadores de los pacientes en el domicilio después del alta hospitalaria, es necesario compromiso, dedicación y apoyo en los cuidados a que sean implementados al enfermo <sup>8,9,10</sup>.

En ese sentido, los profesionales enfermeros deben ayudar a los pacientes y a sus familiares, dando asistencia a la familia, de la mejor forma posible, en el desempeño de la tarea del cuidar.

La realización de este estudio comenzó a partir de la vivencia como alumna y bursátil de extensión con personas lesionadas medulares y sus familiares donde surgió la idea de hacerse un estudio bibliográfico que agrandara los conocimientos acerca de esta temática, dando un enfoque mayor sobre el papel del cuidador familiar en la rehabilitación del lesionado medular que garantizará la continuidad del cuidado en el domicilio, no olvidándose de la importancia del papel del enfermero que es determinante para rehabilitación de los

portadores de lesión medular y para orientar al familiar cuidador de estos sujetos.

El estudio tiene como objetivos:

1. Identificar en la literatura la contribución de las familias mientras son cuidadores en la rehabilitación de las personas con lesión medular, como ellas se sienten en la situación de trauma en la que sus familiares están viviendo.
2. Evidenciar el papel del enfermero como educador en el proceso de rehabilitación de personas con lesión medular a partir de las orientaciones de enfermería dadas a él y sus familiares.

## MATERIAL Y MÉTODO

El estudio es de tipo documental bibliográfico, realizado a partir de la literatura acerca de la temática envuelta, y fue un requisito de evaluación de la disciplina Metodología de la Investigación II, que forma parte de la rama curricular del Curso de Enfermería del DENF/FFOE/UFC.

La relevancia de un estudio de este tipo es destacada por Albarracín y Almeida, cuando indican que se ofrece al investigador la posibilidad de conocimiento de la producción actualizada, ampliando el conocimiento y relacionando con el tipo de investigación las temáticas y las áreas de desarrollo<sup>11</sup>. Añaden además que, posibilita una experiencia de auto-aprendizaje que puede ser compartida con profesores y alumnos.

Fue realizada en la biblioteca sectorial de la (UFC) siendo parte integrante del Sistema de Bibliotecas de esta universidad, instalada en 1948. La colecta de los datos aconteció los meses de Diciembre de 2006 Janeiro de 2007. La muestra comprendió libros: artículos científicos de revistas, disertaciones y tesis retiradas de las bases de datos LILACS, SCIELO, BDNF y MEDLINE investigada en la Web de la BIREME.

Fueron usados como descriptores: Lesión Medular y cuidados de enfermería; Lesión Medular y Rehabilitación; Lesión Medular y cuidados de enfermería y familiar cuidador. Los artículos fueron identificados, leídos y transcritos en un formulario y catalogados, destacando tema, sobre la contribución de la familia en la rehabilitación del lesionado medular y el papel del enfermero como educador en el proceso de rehabilitación del lesionado medular.

Habiendo sido identificados en la Web un total de 1.600 citas sobre Lesión Medular. De estos, 255 son artículos sobre lesión medular, 55 sobre Rehabilitación, siendo 65 de enfermeros y 15 artículos fueron sobre el familiar cuidador, 20 libros de lesión medular, 6 tesis y 12 disertaciones que se refieren a Lesión medular y cuidados de enfermería; mientras que los otros 1.172 abordan lesión medular enfocando otros aspectos que no contenían las informaciones necesarias para nuestra investigación.

Todos los documentos que buscaban con los descriptores usados habían sido utilizados a la ventaja en la investigación, con cientos por ciento de la explotación.

El análisis de los datos se dio por medio de una discusión y comparación entre divergencias y congruencias acerca de la temática del estudio en cuestión la cual fue dividida en dos grandes tópicos: el primero que versa sobre la contribución de la familia en la rehabilitación del lesionado medular y el segundo sobre el papel del enfermero como educador en el proceso de rehabilitación del lesionado medular.

## RESULTADOS Y DISCUSIONES

### I. La contribución de la familia en la rehabilitación del lesionado medular

Al hablar en rehabilitación de personas, concomitantemente se piensa en cuidado. El familiar de una persona con lesión medular se hará un ser cuidador, una vez que con la lesión esta persona será imposibilitada de realizar las actividades de antes. Por lo tanto, es importante iniciar esa discusión sobre lo que es el cuidar / cuidado en la visión de diversos autores.

El libro sobre el cuidado en la salud relata que el cuidado es la esencia del ser humano y éste existe en el mundo a través del cuidado. Para la autora el cuidado es un proceso, un modo de relacionarse con alguien que envuelve confianza mutua. Así, cuidando del otro, el ser humano vive el significado de su propia vida, "cuidar de otra persona es ayudarla a crecer y a realizarse"<sup>12</sup>. Cuidar de sí, del otro y de la vida es inherente al ser humano, y cuidar es una actitud de compromiso con la vida, un modo de ser presente, esencial, la base de la existencia.

Carvalho, muestra en su tesis sobre cuidados de enfermería a la persona parapléjica hospitalizada que

el cuidado debe englobar todas las dimensiones: físicas, emocionales, y espirituales. Esa autora cita un estudio que apunta como comportamiento humanístico “dar de sí”, “salir al encuentro de las necesidades de los clientes” y promover “confort al paciente y familia”<sup>13</sup>.

De esta manera el cuidado con parapléjicos o tetrapléjicos no sería diferente, pero sí de mayor responsabilidad, enfocando el familiar como pieza indispensable en la implementación de los cambios que ocurrirán en la vida del lesionado medular. Encontramos trabajos que dicen que la lesión medular acarrea “una secuela irreversible, trae a la vida de esas personas profundas modificaciones que alcanzan a sí mismo, su familia y la sociedad”<sup>14</sup>. Otros aportan diciendo que el cambio en la vida del paciente, después del trauma de la médula no sólo afecta a él como persona, sino también a su familia<sup>15,16</sup>.

En la atención precoz de la víctima de trauma de la médula debe ser dada atención especial en la fase prehospitalaria de asistencia con manipulación e inmovilización adecuada de la víctima, así como debe ser dada asistencia en la fase aguda de la lesión, después de la ocurrencia del trauma, en el hospital<sup>9</sup>. Varios autores observaron la importancia de la prevención de complicaciones como úlceras de decúbito, deformidades de los segmentos paralizados, vacío vesical e intestinal y disturbios vasomotores inmediatamente en la fase aguda, siendo que esto será bastante relevante para la rehabilitación tardía<sup>10,14,16</sup>.

La participación del familiar como cuidador es decisivo en este proceso, pues ellos irán a señalar al enfermero de rehabilitación sus límites, posibilidades e implicación con la rehabilitación general del portador de lesión medular.

En este sentido, se sabe que el cuidador familiar estará siendo el principal factor en la atención al portador de lesión medular, una vez que tendrá que aprender todos los cuidados relativos a este tipo de paciente los cuales antes él no sabía, y que él ayudará o aún realizará esos cuidados cambiando toda la dinámica y su papel en el ambiente familiar.

La persona que sufre una lesión medular, tetraplejía o paraplejía, necesita de un programa de rehabilitación lo cual será menos difícil de ser implementado, si

durante el periodo de hospitalización, son realizados los cuidados adecuados<sup>17</sup>. Sin embargo, para que esto acontezca, realmente es necesaria la ayuda de los familiares en todos los procedimientos que sean realizados de tal manera que estos pasen a ser hechos en casa. Es prácticamente imposible asistir al individuo de forma completa cuando no se considera la familia a la cual él pertenece<sup>18</sup>.

Durante el proceso de transición del hospital al domicilio ocurre la transferencia de la responsabilidad del cuidado para la familia. La asistencia y la enseñanza de datos durante la preparación para el alta hospitalaria serán muy importantes, una vez que no sólo afectará el paciente y la familia, pero también los costes del sistema, pues un gran número de pacientes retorna al hospital con recidivas que podrían haber sido evitadas en el domicilio<sup>15,19</sup>.

Fuera este impedimento, ha de considerarse que en la mayoría de las veces, después de la internación debido al TM, hay un periodo de tiempo largo para que el portador de lesión medular se vincule a algún programa de rehabilitación. Como el número de centros de rehabilitación es limitado o estos pacientes presentan muchas veces problemas de orden económica y social, esto dificulta aún más la adhesión de estas personas al programa<sup>14</sup>.

Encontramos algunos estudios que relatan que son los momentos iniciales del proceso de rehabilitación los más difíciles de enfrentar, para el binomio paciente / familia y para los profesionales<sup>20,21</sup>. Es importante que la rehabilitación se dé en el inicio, ya que envuelve la enseñanza-aprendizaje del paciente y de su familia delante de las incapacidades secundarias, mejorando, por lo tanto, la independencia funcional de los portadores de lesión medular.

La evaluación funcional permite el acompañamiento de la evolución del paciente en su proceso de rehabilitación, permitiendo el refinamiento de las intervenciones terapéuticas y verificando la velocidad de ganancias y de mejoras<sup>22</sup>. Además de eso, la capacidad de independencia está directamente relacionada con el nivel de la lesión, siendo mayor en los individuos que sufrieron lesión baja de la médula espinal.

En esta visión, la rehabilitación ejerce un papel de recoger la calidad en el desempeño de actividades de la



vida diaria, para así, el portador de lesión medular poder vivir con el mínimo de dependencia y con dignidad<sup>6</sup>.

En la adaptación de una nueva situación de vida, el lesionado medular no es el único en esta búsqueda, hay familiares envueltos en este proceso y que merecen ser asistidos<sup>23</sup>. Ya los modos de enfrentamiento del problema de la lesión medular tanto de los pacientes portadores de esta lesión, como de sus familiares recogiendo estrategias para una mejor adaptación de esa situación fueron encontrados también en otros autores<sup>20,23,24</sup>.

Los autores citados concluyeron que en el enfrentamiento específico del familiar, pudo ser detectado que después de la participación en el programa de rehabilitación hubo un mayor desarrollo de su sentido competencial, lo que lo capacitó a conocer el problema y a desempeñar mejor su papel de cuidador.

Estudio realizado sobre la asistencia al binomio paciente-familia en la situación traumática de lesión medular nos relata el papel relevante de la familia siendo esta fundamental para asegurar la continuidad de los cuidados planeados por el enfermero e imprescindible en el proceso de rehabilitación, además de ser considerada como parte integrante del equipo asistencial<sup>15</sup>. Algunos autores entran en concordancia cuando dicen que la familia, en el sistema dinámico de la rehabilitación, será incorporada al equipo de forma participante en la solución de problemas y apoyo continuo aprendiendo a realizar los cuidados necesarios<sup>15,16</sup>.

La literatura nacional revela que cuidar del lesionado medular en casa es un aspecto de la realidad vivenciada por la familia y, principalmente, por el cuidador familiar. Esos estudios dejan bien explícito la contribución de los cuidadores familiares que disponen su tiempo y su vida en la ayuda de la realización de las actividades del día-a-día, haciendo, oyendo e incentivando sus parientes portadores de lesión medular<sup>19,25,26</sup>.

El “cuidador familiar” es una persona de la familia o alguien con fuertes lazos afectivos que dispensa atención a la persona enferma o deficiente en sus casas<sup>24,26,27</sup>.

La dedicación en tiempo integral de este familiar al cuidar, en casa, del lesionado medular presuponiendo

un rearando de su perspectiva individual, abriendo mano de la propia vida, que la rehabilitación promueve la implicación del paciente y su familia en la planificación e implementación de los cuidados visando a la independencia y la gerencia del auto cuidado.

Y que los cuidados en rehabilitación son indispensables al rescate de las capacidades de las personas, sus funciones orgánicas y motoras de forma que posibiliten el rescate social y la integración del sujeto a la sociedad, en la reconquista de su ciudadanía, y aún, para que la rehabilitación ocurra de manera satisfactoria es preciso el desarrollo de habilidades, de la mejora funcional, de la reintegración familiar y social, del ejercicio de la ciudadanía y mayor autonomía son aspectos apuntados en esta revisión de literatura.

#### *Síntesis de los hallazgos*

A partir de las declaraciones expuestas por los diversos autores en este trabajo podemos concluir que todos citaron la importancia de la familia en la rehabilitación del portador de lesión medular, aunque sólo en un pequeño pasaje del texto. Además de eso, la mayoría ve el binomio paciente y familia como indisoluble y revela que todas las orientaciones que sean dadas deben englobar este par, considerando, principalmente, el papel inestimable que el cuidador familiar tendrá para aquella persona que se encuentra en una situación de cierto grado de dependencia y que necesita del apoyo familiar para conseguir rehabilitarse. Aspecto eso también referido por Celma-Vicente, en su estudio sobre cuidadores informales y enfermera: relaciones dentro del hospital<sup>27</sup>.

Sin embargo pocos autores se preocuparon en criticar el obstáculo que estos pacientes enfrentan para realizar la continuación del tratamiento en los centros de rehabilitación, ya que estos son escasos, o en la mayoría de las veces falta recurso financiero al paciente y su familia para pagar un programa de rehabilitación particular.

Todos los autores, consideraron importante el papel de la familia en el proceso de rehabilitación donde el enfoque mayor es la inserción del portador de lesión medular en la sociedad, mejorando su calidad de vida, social y familiar, como también rescatar su ciudadanía.

## II) El papel del enfermero como educador en el proceso de rehabilitación del lesionado medular

El cuidado del cuerpo humano exige una mirada a la dimensión total del ser, comprendida como ontológica a aquellos que necesitan de cuidados, para que se sientan más confortados, seguros, amparados y respetados en su privacidad mientras personas dependientes de este cuidado, de entre ellos los portadores de deficiencia física<sup>28</sup>.

En este concepto podemos suscitar la cuestión del cuidado con el lesionado medular. Siendo estas personas impotentes por su condición física primordial en el transcurso del trauma ocurrido, necesitan de soporte emocional que será realizado por un profesional o, más comúnmente, de un familiar prójimo.

El libro cuidado humano: un rescate necesario<sup>29</sup>, refiere que muchas veces las enfermeras porque están acostumbradas con su práctica técnica no reconocen las implicaciones morales de sus acciones considerando la ética de la enfermería. Ella define el cuidado humano como actitud ética entendida como una forma de vivir en que seres humanos intentarían armonizar sus antojos de bienestar propio en relación a sus propios actos en función del bienestar de los otros<sup>29</sup>.

Sobre la hospitalización de un miembro de la familia es un evento estresante en que el enfermar interfiere en el equilibrio del sistema familiar, encontramos varias referencias en la literatura<sup>30,31,32</sup>. Los autores arriba citados coinciden en decir que es inherente al lesionado medular y sus familiares que pasen por esta situación de crisis y vivenciar diversas fases en el enfrentamiento de este nuevo problema en sus vidas recogiendo adaptarse delante de la deficiencia o incapacidades surgidas.

El proceso de cuidar envuelve preocupación, dedicación, implicación, respeto, solidaridad y responsabilidad de quien cuida para con quien es cuidado. La demostración de tales sentimientos por parte del equipo de enfermería transmite seguridad, favoreciendo así la relación interpersonal. Cuando la asistencia es individualizada, los pacientes tienden a participar y colaborar con el proceso de mantenimiento y recuperación de su salud<sup>33,34,35</sup>.

La enfermería tiene como responsabilidad desarrollar la interacción con el paciente y la familia visando

solucionar los problemas emergentes que estén alterando su integridad y cree que el impacto de la pérdida, sea como enfermedad, deficiencia, o incapacidad, trae reflexiones y moviliza sentimientos en la familia<sup>9,36</sup>.

Sobre los esfuerzos de la rehabilitación, algunos autores afirman que esta debe comenzar exactamente en el contacto inicial del paciente<sup>6,16</sup>.

Para que la rehabilitación se inicie en el momento del accidente, las orientaciones sobre cuidados de enfermería deben ser hechas en el momento de la admisión hospitalaria y, posteriormente, en el domicilio, que serán reforzados con la enseñanza del auto cuidado y las modificaciones recomendadas para facilitar el acceso y los cuidados para que sean realizados en casa<sup>32</sup>.

Durante el proceso de rehabilitación en el hospital las orientaciones hechas con claridad por el enfermero posibilitan una reorganización de la vida no solamente del portador de lesión medular, sino también de los integrantes de la red socio-familiar en la cual él se encuentra, contribuyendo para la mejoría de la calidad de vida de todos los implicados<sup>26,37</sup>.

Esté procedimiento evita que los factores “estresores” empeoren la calidad de vida de los lesionados medulares y sus familiares así como los preparan para el cuidado posterior a ser realizado en sus casas y para la reinserción de los mismos en la sociedad restableciendo su ciudadanía.

La importancia del papel del enfermero para la enseñanza de los cuidados es referida por los estudiosos del asunto cuando dicen: que cabe al enfermero abrir el canal de comunicación con la familia o persona significativa, para que esa pueda expresar sus dudas, miedos preocupaciones, y también que pueda atender este familiar individualmente o mismo encaminarlo a un otro profesional que esté atendiendo el paciente, la familia recoge la necesidad de ser comprendida y de revisión de sus valores<sup>14,34,37</sup>.

El papel fundamental del enfermero como miembro del equipo de rehabilitación es desarrollar las capacidades de la persona con lesión medular, sin embargo se hace necesario para esto desarrollar una metodología de trabajo la cual lleva una asistencia individualizada, planeada, calificada, y científica también fue encontrado<sup>7,36</sup>.

De acuerdo con algunos autores, la cualificación profesional del enfermero está en: orientar los clientes y la familia cuanto a los procedimientos técnicos y cuidados con la piel y mucosas, con vistas a la prevención de escaras, así como a las medidas de higiene y confort que aseguren su bienestar físico, psicológico y espiritual en el ambiente domiciliario.

Además de eso, es un elemento indispensable en el equipo designado para hacer la visita antes del alta al domicilio, ocasión en la cual son estudiadas las posibilidades de hacer sugerencias de adaptaciones en la residencia y de adquisición de materiales y equipamientos necesarios a los procedimientos de cuidados en casa<sup>15, 21, 25</sup>.

Sin embargo, el contexto familiar no debe ser olvidado y el enfermero necesita comprender la persona con lesión medular como alguien productivo y que puede mantenerse en casa con la posibilidad de retornar su vida de trabajo, estudio, ocio y familia.

En este sentido, los enfermeros deben ayudar al paciente y al familiar para que puedan alcanzar independencia y poder administrar los cuidados necesarios sin miedos, dudas o anhelos, sintiéndose seguros y orientados para realización de las tareas de cuidar, realizando para tanto el entrenamiento del cuidador familiar<sup>2, 36</sup>.

En relación a la familia, el enfermero necesita presentar tres características básicas: gran capacidad de observación, facilidad para el diálogo y capacidad de la familia en su contexto cultural y social<sup>9</sup>. El esfuerzo por parte de la enfermería en trabajar las limitaciones del individuo con lesión medular es de gran valía en la realidad psicosocial de esta persona y de su familia. Podemos decir, por lo tanto, que el enfermero trabaja como educador de cuidados, consejero y consultor, siendo también muchas veces responsable en la planificación general de la rehabilitación<sup>16, 37</sup>.

Sobre planificación de cuidados el enfermero debe aprovechar el programa de rehabilitación para establecer metas que sean evaluadas periódicamente y refiere aún, que muchos enfermos reciben alta hospitalaria sin obtener ninguna información acerca de cómo proceder fuera de la institución, lo que lleva a los enfermos y a sus familiares que tengan grandes dificultades para adaptarse a su nueva vida<sup>27</sup>.

Encontramos un estudio que cita exactamente este punto, es decir, muchos profesionales sólo dan las orientaciones en el momento del alta y no durante todo el proceso de internación hospitalaria, desde su inicio cuando el paciente aún se encuentra en la fase aguda de la lesión medular<sup>27, 38</sup>.

#### *Síntesis de los hallazgos*

El enfermero actúa como una persona que facilita el proceso de rehabilitación buscando enseñar y orientar los cuidados de enfermería a los familiares, recogiendo activamente y gradualmente su implicación en este proceso para generar una asistencia extensiva a la familia de los lesionados medulares.

Por lo tanto, el papel del enfermero en este proceso es muy importante, ya que el paciente con trauma medular pasa por varias fases de conflicto emocional y necesita comprender una nueva forma de verse en el mundo, así como sus familiares, que a veces creen que el mismo puede volver a andar o aún curarse.

Es necesario que el enfermero haga al paciente y sus familiares conscientes de la realidad por la cual ellos irán a pertenecer de modo que todos se adapten de la mejor forma posible a su nuevo modo de vivir el mundo, respetando los valores del portador de lesión medular y de su familia. En todos los estudios hubo consenso con el papel básico que posee el enfermero en la rehabilitación.

Sin embargo algunos autores se posicionaron críticamente cuando relatan el papel de la enfermera en la práctica asistencial. Carvalho, revela que las enfermeras en su gran mayoría se preocupaban en prestar los cuidados básicos a los enfermos con lesión medular focalizando sólo el ser biológico, y que los cuidados de los dominios emocional, espiritual y existencial eran olvidados, ellas no conversaban con los enfermos, no lo amparaban, no compartían su dolor, finalmente se preocupaban más con la práctica de tareas de pasar sondas o hacer curativos<sup>13</sup>.

Otra censura hecha fue encontrada en el trabajo de Mancussi, cuando habla que muchos enfermeros sin formación especializada vienen asistiendo a estos individuos juntamente con otros profesionales y ella se preocupa en saber como el portador de lesión medular y su familia están siendo tratados y como la rehabilita-

ción está siendo abordada para ellos, ya que muchos son ingresados en hospitales generales y pocos en centros especializados, visto que en nuestro país la cantidad de esas instituciones es precaria <sup>14</sup>.

### CONSIDERACIONES FINALES

Este trabajo trajo la oportunidad de informar a las personas sobre los estudios que están siendo hechos sobre la familia y el profesional enfermero en la rehabilitación del lesionado medular. En él, se buscó profundizar los conocimientos sobre rehabilitación, enfocándose el papel de cada uno de estos sujetos, ora la familia, ora el enfermero de forma a contribuir en el proceso de rehabilitación integral del cliente portador de este tipo de lesión.

Fue grandioso, una vez que trae análisis críticos de diversos autores sobre el asunto, así como apuntes hechos por ellos y que traen una relevancia significativa para la comprensión de esos seres delante del trauma de la médula y sus consecuencias directas para el cliente, familia y sociedad. Además de esto, resaltó el papel del enfermero como práctica metodológica, ética, científica y asistencial de manera crítica y esclarecedora.

Se buscó englobar siempre el concepto de la familia en la rehabilitación del lesionado medular, por considerarse que estos actores representan la red de apoyo esencial que esta clientela dispone.

Se concluye con este estudio la necesidad de realizar mayores investigaciones como ésta, donde se obtuvo un gran enriquecimiento personal, se verificó la falta de la objetividad de muchos estudios en lo que dice respecto a la rehabilitación del lesionado medular como modalidad de prestación de servicio del enfermero y se recogió destacar la contribución que la familia da en este seguimiento, una vez que pocos estudios lo abordan de la forma como fue tratada aquí.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- De Figueiredo-Carvalho Zuila Maria . A fé-esperança: diagnósticos e intervenções de enfermagem. Rev. Enfermería Integral 2004 Valencia, N. 67.
- Faro Ana Cristina Mancissi. A reabilitação da pessoa com lesão medular: tendências da investigação no Brasil. Enfermería Global 2003; Rev. eletrônica sem. de enfermería; n. 3; nov.: 1-6.
- Greve JMDA . Reabilitação da lesão medula espinhal. In: Barros Filho. TEP: Basile Jr. R. Coluna Vertebral – diagnostico e tratamento das principais patologias. São Paulo (SP): Sarvier; 1997.p. 199-227.
- Carvalho Zuila Maria de Figueiredo. O significado da paraplegia para pacientes internados. Pensar Enfermagem 2002, v.6 n.2 2º semestre: 16-23.
- Silva Gelson Aguiar . Independência funcional de pessoas portadoras de paraplegia em programa de reabilitação: resultados e fatores associados.[Dissertação]. Fortaleza. Universidade Federal do Ceará. 2006.
- Vall Janaína.; Lemos, KIL: Janebro ASI. O processo de reabilitação de pessoas portadoras de lesão medular baseado nas teorias de enfermagem de Wanda Horta, Dorothea Orem e Calista Roy: um estudo teórico. Cogitare Enferm. 2005. set/dez. 10 (3): 63-70.
- Defino HLA. Trauma Raquimedular. Medicina Ribeirão Preto, 32 (4): 388-400, out-dez, 1999.
- Smeltzer SC e Bare BG. Princípios e praticas da reabilitação. Brunner & Suddarth: Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. 9ª ed. Rio de janeiro. Guanabara Koogan. 2004, vol.1, cap. 10, p. 113-140.
- Hora EC; Jukemura MFM; Faro ACM. Aliando-se ao paciente e a família diante das incapacidades. Rev. Paul. Enf. 2001; maio-ago.v.20, n.2: .52-56.
- Faro ACM. Enfermagem em reabilitação: ampliando os horizontes, legitimando o saber. Rev. Esc. Enferm.USP 2006; 40 (1): 128-33.
- Albarracin, E. D. G.; Almeida, M. C. P.de. Representaciones sociales de salud y enfermedad: investigando el estado da arte. Cienc. enferm. [online]. Dic. 2002, vol. no 2 [citado 10 Noviembre 2003], p. 59-72. Disponible en la Word Wid eWeb.
- Waldow VR. O cuidado na saúde: as relações entre o eu, o outro e o cosmos. Petrópolis, RJ; Ed. Vozes; 2004.
- Carvalho Zuila Maria de Figueiredo. O cuidado de enfermagem com a pessoa paraplégica hospitalizada: estudo a luz da Teoria de Jean Watson. [Tese de Doutorado] . Universidade Federal do Ceará. Fortaleza, 2002b.
- Mancussi AC. Assistência ao binômio paciente/família na situação de lesão traumática da medula espinhal. Rev.latino-am.enfermagem 1998, Ribeirão Preto, outubro v. 6, n. 4, p. 67-73.
- Carvalho Zuila Maria de Figueiredo. O cuidado de enfermagem dirigido a pessoas com lesão vértebro-medular. Interações, Coimbra, 2004; n 6: 175-83.
- Leite BV; Faro ACM. O cuidar do enfermeiro especialista em reabilitação físico-motora. Rev. Esc. Enf. USP 2005; 39 (1): p. 92-6.
- Carvalho Zuila Maria de Figueiredo ; Damasceno, Marta Maria Coelho. Viva bem com a sua lesão vertebro-medular. Guia prático. 2ª ed. Porto: Hubertipo. 2003.

18. Lacerda MR., Oliniski SR. O familiar cuidador e a enfermeira: desenvolvendo interações no contexto familiar. *Acta Scientiarum. Health Sciences*. Maringá, v.26, n.1, p. 239-248, 2004.
19. Figueiredo Zuila; Fontenele Paula; Agostinho Gisely; Borges Rita Mônica. Cidadanía y calidad de vida de la personas con lesión medular. *Rev. Enfermería Integral* 2006; Valência, junio, n. 74: 20-26.
20. Henriques FMD. Paraplegia: percursos de adaptação e qualidade de vida. 1 ed. Coimbra: Formasau - Formação e Saúde Lta.; 2004.
21. Santos LCR. Redimensionando limitações e possibilidades: a trajetória da pessoa com lesão medular raumática. São Paulo: Tese de doutorado. Universidade de São Paulo. Escola de Enfermagem. 2000.
22. Riberto MP ; Pinto PPN; Sakamoto H; Battistella LR et al. Independência funcional de pacientes com lesão medular. *Acta Fisiatr.*, 12(2), p. 61-66, 2005.
23. Pereira MEMSM; Araújo TCCF. Estratégias de enfrentamento na reabilitação do traumatismo raquimedular. *Arq. Neuro-Psiquiatr.* jun, 2005; V.63; n.2b. São Paulo.
24. Carvalho ZMF; Coelho MMC; Moraes POF; Sturdut, RMB; Brito AMC. Estrategias del coping utilizadas por los portadores de la paraplejia y sus familiares. *Rev. Enfermería Integral*. 2007; 79 (3): 8 -12.
25. Faro Ana Cristina Mancussi. Atividades realizadas no domicilio pelo cuidador familiar da pessoa com lesão medular. *Rev. Paul. Enf.* maio-ago, 2001;v.20, n.2: 33-43.
26. Costa JN. Fatores interferentes na realização do cateterismo vesical intermitente em crianças com mielomenigocele. [Dissertação]. Fortaleza. Universidade Federal do Ceará. 2006.
27. Celma-Vicente, Matilde. Cuidadores Informales y enfermeras: relaciones dentro del hospital. *ROL de Enfermería* 2003. Barcelona, Março, v. 26.
28. Machado WCA. O papel do enfermeiro no cuidar de clientes portadores de deficiência. São Paulo. Disponível em <http://www.entreamigos.com.br/textos/reabili/>. [Acesso em 18/12/2006].
29. Waldow V R. Cuidado humano: o resgate necessário. Porto Alegre: Ed. Sagra Luzzatto, 1999.
30. Romano BW. A família e o adoecer durante a hospitalização. *Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Paulo* 1997; v.7, n.5: 58-62.
31. Bruni DS.; Strazzieri KC; Gumieiro MN; Giovanazzi R; Sá VG; Faro ACM. Aspectos fisiopatológicos e assistenciais de enfermagem na reabilitação da pessoa com lesão medular. *Rev. Esc. Enferm. USP* 2004; 38 (1): 71-9.
32. Marcon SS. Compartilhando a situação de doença: o cotidiano de famílias de pacientes crônicos. In: ELSEN, I. et al. (Org.). *O viver em família e sua interface com a saúde e a doença*. Maringá: Eduem, 2002, cap. 4, p. 311-335.
33. Pupulim JSL ; Sawada NO. Reflexões acerca da comunicação enfermeiro-paciente relacionada à invasão da privacidade. In: *Anais SIMPÓSIO BRASILEIRO DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM*. 8, São Paulo, 2002.
34. Mendonça Francisco et al. Avaliação das necessidades dos preta-dores informais de cuidados de saúde. *Geriatrics* 2000. Lisboa, v. 13, n.127.
35. Martins Catarina. As necessidades dos familiares dos doentes oncológicos. *Enf. Oncológica*. Lisboa 2000; v.48, n. 03.
36. Carvalho ZMF; Silva GA; Moraes POF; Rolim GA. Pacientes com lesão raquimedular: experiência de ensino sobre o cuidado para suas famílias. *Escola Anna Nery Rev. de Enfermagem* , Rio de Janeiro, v. 10, n.02, p.316-22, agosto 2006.
37. De Figueiredo-Carvalho ZM; Coelho-Damasceno MM; Di Ciero-Miranda M; Victor-Barbosa I. Enseñanza del sondaje limpio intermitente – una estrategia de cuidado. *Rev. Investigación y Cuidado* 2006, Alicante, 1º y 2º Semestre, V. 4, Nº 8 -9: 37-42.
38. Cardoso-Gonzales RI.; Villa TSC; Calliri MHL.. O processo de assistência ao paciente com lesão medular: gerenciamento de caso como estratégia de organização da alta hospitalar. *Medicina Ribeirão Preto*, 34: p. 325-333, jul/dez, 2001.

# Valoración y necesidad de gestión transcultural en los cuidados de Enfermería de un proyecto intereuropeo

## Experiencias en la práctica clínica con el Plan de Choque intereuropeo holandés

**Autores:** Isabel Casabona Martínez\*, Manuel Lillo Crespo\*\*, M<sup>a</sup> Dolores Mora Antón\*\*\*, José Siles González\*\*\*\*

\*Profesora Asociada Dpto. de Enfermería Universidad de Alicante. Coordinadora Urgencias-UCI.  
Clínica Vistahermosa Alicante.

\*\* Profesor Asociado Dpto. de Enfermería Universidad de Alicante. Coordinador de Hospitalización.  
Clínica Vistahermosa Alicante.

\*\*\*Directora de Enfermería. Clínica Vistahermosa Alicante.

\*\*\*\* Catedrático de Escuela E.U.E. Universidad de Alicante.

## Management and assessment of transcultural nursing care of an intereuropean project

### Clinical practice experiences with the waiting list reduction Dutch plan

#### ABSTRACT

*In Europe, since 2001, under the European Community law which encourages the free movement of Union citizens within the European Union, we have witnessed a new phenomenon between Holland and Spain. We are talking about a geographical movement health project in which Dutch citizens suffering*

*from a certain disease, are taken from their National Health System to the Spanish Private Health System to be treated. Since this project was set up, it was found that it lacked a nursing organizative perspective regarding knowledge, advice, planning and decision-making process which will enable an adequate provision of health services. This pers-*

*pective also had to bear in mind cultural care values by making a transcultural care management adaptation. This study tries to link cultural care management together with quality health care assistance.*

**Key words:** Management, transcultural, cualitative, cultural competence, waiting list reduction Dutch plan.

#### RESUMEN

*En Europa, y desde el año 2001, al amparo de la legislación comunitaria, que favorece la libre circulación de ciudadanos de los países miembros, se asiste a un nuevo fenómeno protagonizado entre Holanda y España. Consiste en un proyecto*

*sanitario de movilidad geográfica donde ciudadanos de nacionalidad holandesa, con un determinado problema de salud, son trasladados desde el Sistema Sanitario holandés al Sistema Sanitario Privado Español. Desde el inicio de este programa intereuropeo, se detecto una*

*falta de perspectiva organizativa en enfermería referida a un proceso de conocimientos, asesoramiento, planificación y toma de decisiones que facilitara el aporte y provisión de servicios clínicos, que tomara en cuenta los valores de los cuidados culturales y por tanto que realizara*

*una adaptación transcultural de la gestión de cuidados necesaria para este paciente-cliente holandés. El estudio intenta unir la gestión de cuidados culturales con cuidados enmarcados en criterios de calidad asistencial enfocados hacia el paciente sujeto de esta investigación.*

**Palabras clave:** *Gestión, transcultural, cualitativa, competencia cultural, plan de choque holandés.*

En Europa, y desde el año 2001, al amparo de la legislación comunitaria, que favorece la libre circulación de ciudadanos de los países miembros, se asiste a un nuevo fenómeno protagonizado entre Holanda y España. Consiste en un proyecto sanitario de movilidad geográfica donde ciudadanos de nacionalidad holandesa, con un determinado problema de salud, son trasladados desde el Sistema Sanitario holandés al Sistema Sanitario Privado Español. Se trata de un acuerdo en el ámbito de entidades privadas, que afecta tanto a pacientes de seguridad social como a pacientes de cobertura sanitaria privada, con la única condición administrativa de ser de nacionalidad holandesa.

El proceso se inicia cuando un paciente holandés, con problemas de salud en traumatología, es incluido en una lista de espera quirúrgica en su país de origen. Pasado un periodo razonable de tiempo, se le oferta la posibilidad de ser incluido en un Proyecto de disminución de listas de espera quirúrgicas intereuropeo, con la opción de acudir a Alicante, España, con el fin de someterse a dicha intervención quirúrgica en breve periodo de tiempo. La organización de este tipo de actividades de intercambio sanitario de pacientes es compleja debido también a todos los trámites burocráticos y socioculturales que hay que salvar como son la elección de país, idioma, selección de pacientes, selección de centro sanitario. Así mismo se aplican las normativas legales de ambos países, por lo que no se puede, por incompatibilidad o interés de una de las partes, llegar a realizar este tipo de acuerdos con países de muy diferente estructura político-legal y por tanto de normativas de carácter sanitario.

### **Necesidad del estudio**

Enfermería tiene una amplia experiencia en explorar el contexto donde se desenvuelven los pacientes-clientes a los cuales ayuda, propiciando una verdadera empatía para la relación de ayuda efectiva (1) sin embargo en algunas ocasiones se producen barreras

culturales que son un obstáculo para la ayuda real y efectiva.

Cada vez son más los contextos, donde se pone de manifiesto la diversidad cultural (2) de los pacientes-clientes, que acuden a un determinado entorno de salud. No sólo se deben planificar cuidados enfocados a la salud física, sino también cuidados adaptados a la diferencia cultural. La omisión de las creencias, valores, ritos del paciente, puede ocasionar problemas de salud que conciernen directamente al trabajo enfermero (3) y por tanto a la gestión de cuidados. Es necesario tener conocimiento de dichas diferencias y semejanzas culturales por parte de instituciones y organizaciones enfermeras para poder realizar programas de gestión, planificación y provisión de cuidados culturalmente competentes y sensibles (4).

El Proyecto Socio sanitario plan de Choque intereuropeo, tiene una problemática con doble versión, por un lado, la problemática del que viene o invitado y por otra parte la problemática de la sociedad de acogida o anfitrión (5) El holandés del plan de choque (6) – el invitado – debido a que su estancia en la Clínica Vistahermosa, será de un periodo de no más de ocho-diez días, adopta posturas de “defensa de su propia cultura”, entendiendo sus propias pautas culturales como la norma a seguir, sin consultar a los autóctonos, actuando como lo harían en su propio país. Los pacientes holandeses, tienen características culturales específicas (7) en lo relativo a su percepción de la salud, la enfermedad, el periodo de hospitalización. Se produce un “shock cultural” al enfrentarse su cultura nativa a otra nueva (1) ya que el concepto de normalidad y de cómo van a desarrollarse los acontecimientos en esta experiencia sanitaria es diferente. Al comienzo del programa de Plan de Choque intereuropeo, desde la institución sanitaria, la organización – gestión del proyecto adopta posturas de rechazo a las diferencias culturales y defensa de la cultura propia, intentando proteger su identidad cultural. Desde la gestión de cuidados de

enfermería, se llevaron a cabo intervenciones culturalmente neutrales, representadas por la práctica estándar de los cuidados para la propia cultura (8), es decir sé continuo con la oferta de gestión de cuidados propia de profesionales españoles dirigidas a pacientes españoles. Sin embargo esta gestión de cuidados de salud no se encuentra dirigida a pacientes – clientes de otras nacionalidades y por tanto sus intervenciones no son de cuidados culturalmente congruentes y competentes, justificando así esa situación de “Shock cultural”. Desde la sociedad anfitriona –la institución sanitaria– se vio la necesidad de realizar determinadas intervenciones en la gestión de cuidados, observando los fenómenos culturales que varían según esos grupos culturales y que en un proceso de hospitalización pueden influir en la salud (9).

Así pues y como se ha dicho, desde la organización se detectó la necesidad de crear estrategias de gestión de la práctica clínica en cuidados donde se tuviera en cuenta la diversidad cultural de los pacientes-clientes atendidos por el profesional de enfermería en las unidades asistenciales. Una gestión de cuidados de enfermería culturalmente congruente y competente, permitirá la consolidación definitiva de este y otros futuros proyectos sanitarios intereuropeos, ya que posibilitará la comprensión de los valores y creencias de los pacientes-clientes procedentes de culturas diversas. Leininger (4) ideóloga de la Enfermería transcultural sostiene "el cuidado es la esencia de la Enfermería y el cuidado cultural corresponde a los valores, creencias y estilos de vida transmitidos y que son necesarios para conservar el estado de bienestar y salud de los individuos o grupos".

### OBJETIVOS

- Valorar la necesidad de considerar la perspectiva cultural a la hora de comprender cualquier aspecto relacionado con la salud y la enfermedad acerca del paciente de nacionalidad holandesa del plan de choque intereuropeo.
- Establecer estrategias de gestión con intervenciones y recomendaciones que ayuden a mejorar el grado de satisfacción percibida por el paciente de nacionalidad holandesa, susceptible de ingreso en Clínica Vistahermosa, perteneciente al Plan de Choque europeo o no.

### A modo de resumen se plantean los siguientes puntos de interés en la Gestión Socio sanitaria del Proyecto intereuropeo de disminución de listas de espera Holanda–Alicante (España):

- Para la organización y desarrollo de este proyecto es importante la elección de un país con el cual el acuerdo económico sea compatible.
- Legalización dentro de las fronteras españolas del médico especialista y su ayudante médico, del hospital de referencia con el que se llega al acuerdo en Holanda, será el encargado de realizar las intervenciones quirúrgicas en España. El resto de personal sanitario, es español, excepto el fisioterapeuta, que aunque vive en España es de nacionalidad holandesa.
- Se realiza una selección de pacientes, se organizan los grupos de pacientes a operar y se procede a la transmisión de datos médicos /hospitalarios entre los centros sanitarios implicados.
- Se confirma la existencia de una sólida infraestructura en el centro asistencial, que permita solventar cualquier incidencia que se produzca, se realiza un estudio minucioso de la patología a operar así como de las condiciones de los pacientes.

En Holanda hay una carencia de posibilidades de intervención quirúrgica lo que produce una lista de espera sanitaria importante derivado sobretudo de la falta de personal (enfermería) de ahí la creación de este proyecto. El ciudadano holandés con problemas médicos de traumatología, acude a su especialista, desde esta consulta, cuando es susceptible de intervención quirúrgica, se le explica el programa intereuropeo, la posibilidad de ser operados en España. Una vez aceptado por varios pacientes, se crea un grupo y se marcan fechas. Cada traumatólogo organiza su grupo y son coordinados por el Especialista Traumatólogo, coordinador del Proyecto.

Existen acuerdos con varios hospitales de ciudades como son Apeldoorn, La Haya, Rotterdam y Haarlem. Una vez incluido el paciente en el programa de disminución de listas de espera de cirugía traumatológica se produce una primera fase de criba. El paciente tiene que someterse a unos criterios de inclusión (riesgo anestésico).

Existen unos protocolos de riesgo anestésico, según la Clasificación del Estado Físico de la



American Society Of. Anesthesiologist –ASA– (10) codificación estándar, adoptada en 1962 y que es el sistema que se utiliza en la actualidad.

La clasificación del ASA del estado físico, se aplica a los pacientes antes de la anestesia y de la intervención quirúrgica correspondiente:

- ASA I: Paciente sano.
- ASA II: Enfermedad sistemática leve, sin limitaciones funcionales.
- ASA III: Enfermedad sistemática grave, con limitación funcional definida.
- ASA IV: Enfermedad sistemática grave, amenaza constante para la vida.
- ASA V: Paciente moribundo, improbable que viva 24 horas, con o sin intervención quirúrgica.

Los pacientes de los grupos uno y dos podrán incluirse en el programa de disminución de listas de espera, los pacientes del grupo tres, cuatro y cinco de la clasificación ASA quedarán excluidos definitivamente.

En una segunda fase, se realiza una sesión informativa, citando al paciente y familia o acompañantes, se explica el procedimiento quirúrgico, con vídeos de apoyo, posibles complicaciones, evolución de los procesos, consentimiento informado. Se explica todo el circuito desde el momento en que cogen el avión en Holanda hasta el momento de la vuelta. Se procede a explicar la actividad diaria durante su hospitalización en Clínica Vistahermosa de Alicante, con material audiovisual, fotos relativas a pacientes holandeses ya intervenidos, durante el proceso de rehabilitación, instalaciones del centro, se incide en que no serán vacaciones, se acude a un centro sanitario. Se considera importante, explicar y aclarar también determinadas normas culturales diferentes, como son entre otras: las relacionadas con la alimentación, relacionadas con la comunicación e idioma, apoyo religioso, posibilidad de tener un familiar-acompañante en la propia habitación, actividades durante la hospitalización y normativas básicas de la gestión de cuidados en la institución.

Posteriormente reciben un sobre personalizado sobre todo lo dicho anteriormente, no todo el grupo viaja el mismo día, no será operado en la misma fecha,

como lo transportarán a quirófano, anestesia, personal de la clínica, cuidados de enfermería, alimentación, visitas médicas, familia, habitaciones, rehabilitación, que tipo de cosas tienen que traer también, se incluyen folletos en Holandés de la ciudad de Alicante y provincia. En última instancia, se aclaran dudas en todo lo referente al viaje socio sanitario y se estipulan fechas definitivas.

## METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Este Proyecto de Investigación que se presenta, constituye un estudio realizado en Clínica Vistahermosa de Alicante, con pacientes de nacionalidad holandesa, incluidos en el Proyecto Plan de Choque Intereuropeo. El estudio se realiza desde la práctica clínica de la Gestión de Cuidados de Enfermería y, siempre, desde el enfoque de la Enfermería Transcultural.

El trabajo que se presenta se engloba dentro del contexto del paradigma socio crítico (11) donde el profesional de la gestión del cuidado se considera “agente de cambio socio sanitario” ante un fenómeno sociocultural nuevo, en los resultados se aportaran Recomendaciones o Intervenciones específicas para programas de este tipo o similares, actuales o en proyecto.

La metodología empleada será de carácter cualitativo, de acuerdo con las características del fenómeno a estudio –fenómeno sociocultural que conlleva el Programa de Plan de Choque Intereuropeo holandés en Alicante–.

El tipo de muestra de este estudio estuvo formado por 63 pacientes holandeses –muestra real– pertenecientes al Plan de Choque sanitario holandés de los 407 –muestra teórica– que visitaron la Clínica Vistahermosa en el periodo de marzo de 2002 hasta junio de 2006.

Investigación longitudinal, se realizó el estudio continuado a largo plazo del grupo social estudiado (12), basándose en repetidas visitas. Se investigo un tema en concreto, y se obtuvieron datos sobre variables consideradas relevantes para su comprensión –datos demográficos–. Se emplearon estrategias de investigación emic –perspectiva del actor– centradas sobre creencias y percepciones grupo a investigar –invitados–

## ■ Investigación & Cuidados

(5) y enfoques étic (perspectiva del observador) que dan prioridad a las percepciones y conclusiones del etnógrafo –anfitrión– (5).

*Se realizó un procedimiento de triangulación.*

Esta triangulación se realizó a dos niveles. Primero el denominado de informantes referido al análisis triangular de perspectivas, opiniones y juicios ofrecidos por los principales núcleos de información implicados: de la autora o investigadora principal, de los informantes privilegiados y de las conversaciones. El segundo nivel supuso la constatación de los puntos de vista manifestados por los sujetos de la muestra a estudio. Este procedimiento permitió conocer y contrastar los diferentes puntos de vista dentro del mismo fenómeno.

### RESULTADOS

A la hora de analizar los resultados del cuestionario de información demográfica, las entrevistas semiestructuradas, el grupo de discusión, entrevistas conversacionales, informantes privilegiados y observación participante, se decidió agrupar la información, para aportar mayor claridad y dinamismo a la valoración de los resultados obtenidos, detectándose la necesidad de modificar ciertos aspectos en la gestión-organización de cuidados, en materias que se consideraron puntos débiles de gestión debido a lo novedoso y a la singularidad del proyecto, a la falta de referencias y al desconocimiento de las posibles repercusiones de no trabajar considerando la gestión de cuidados culturales.

Se gestionaron modificaciones relacionadas con la alimentación, se creo la llamada “Dieta Holandesa”, con la comunicación aumentando progresivamente el servicio de intérpretes y se adquirió determinado material específico (muletas más grandes).

### DISCUSIÓN

Desde la gestión de cuidados, se puede afirmar que la práctica de enfermería orientada a la gestión transcultural, se centra en el cuidado a la persona (individuo, familia, grupo, comunidad) que habita en interacción con su entorno (fenómenos culturales) y vive así experiencias de salud (13).

La gestión de cuidados culturales, se ocupa más allá del acto de cuidar que une el “qué” del cuidado y

el “cómo” de la interacción persona-enfermera, implica crear un cuidado que recurra a diversos procesos: la reflexión, la integración de creencias y valores, el análisis crítico, la aplicación de conocimientos, el juicio clínico, la intuición, la organización de los recursos y la evaluación de la calidad de las intervenciones (14).

Se plantea la necesidad de estilos de gestión cultural dirigidos a un cuidado personalizado, basado en la experiencia particular de salud, el cuidado enfermero a pacientes de cultura diferente, se convierte así en cuidado individual, específico y contextualizado. Autores como Meleis (15) afirman que la gestión de cuidados, es el cuidado de la persona, el centro del servicio de enfermería.

El grupo estudiado, pacientes de edad, considera la recuperación de la salud, poder participar en la vida social de su entorno y seguir realizando sus actividades de costumbre como referente de alto grado de felicidad. El gestor de cuidados no debe dejarse llevar por la sensación de que como aparentemente son más calmados, no por ello se preocupan menos por su situación y pueden necesitar apoyo, tanto la familia como el paciente. Es necesario investigar más a fondo la existencia de enfermedades ligadas a su cultura, para conocerles mejor y valorará su actitud tan positiva hacia determinada medicación calmantes, ansiolíticos... y su actitud hacia los cuidados de enfermería, con el fin de abordarlos de una forma holística. El paciente holandés de este Plan de Choque pasa una primera criba de salud en su país, viene a España para intervención quirúrgica, pero no tiene sensación de gravedad ni angustia por la operación. La motivación del viaje es prioritariamente de salud, lo preparan como si fueran a una clínica de su país y sólo piensan en volver con la salud recuperada, con una cadera o rodilla nueva. Hay que destacar que en el momento que son autosuficientes y empiezan rehabilitación demandan actividades extra sanitarias, no quieren permanecer en sus habitaciones, aunque las consideran lujosas y cómodas con TV internacional, demandan espacios para ellos como puede ser cafetería para pacientes y familiares, también que se organicen excursiones u otro tipo de actividades de ocio o turismo.

Al tratar estos temas de cuidados culturales – transculturales – en el ámbito sanitario se puede caer en el

etnocentrismo, intentar imponer la propia cultura, hospitalaria y occidental; o bien hacer que el paciente extranjero se sienta como si no hubiese salido de su país. No se debe actuar desde situaciones extremas o fundamentalistas. No se debe pretender que se adapten los pacientes totalmente, ni el entorno de acogida. Las características culturales de cada persona van a influir en el desarrollo de su enfermedad, en su recuperación, en su bienestar y en la forma que viven todo este proceso (4) por lo que se impone una negociación –acomodación– en la gestión-organización de cuidados desde la competencia, la congruencia y el respeto.

### CONCLUSIONES

Desde el primer momento, se detectó una situación de “choque cultural”, que fue mitigada con las sucesivas intervenciones y asesoramiento en la gestión de cuidados a lo largo del estudio, valorando la necesidad de que los profesionales de la gestión de cuidados, comprendan las peculiaridades de los pacientes con los que trabajan siendo así capaces de tomar decisiones, asesorar e intervenir con una planificación y unas actuaciones que tomen en cuenta los valores de los cuidados culturales de la gente de culturas similares y diversas, para obtener resultados beneficiosos y satisfactorios en cuanto a la calidad asistencial global, percibida por este paciente-cliente de nacionalidad holandesa incluido en el proyecto socio sanitario intereuropeo de movilidad geográfica.

### BIBLIOGRAFÍA

- 1.- LUCKMANN, J. Transcultural Communication. Delmar, Albany. 1999.
- 2.- ESCARTIN, M. J. La inmigración en la sociedad actual. Una visión desde las ciencias sociales. Alicante: Ed. Librería Compás; 1999.
- 3.- LEININGER, M. Nursing and anthropology: Two worlds to blend. Greyden Press, Columbus; 1994.
- 4.- LEININGER, M. Transcultural nursing., Nueva York: McGraw-Hill; 1995.
- 5.- VALENE SMITH L. Anfitriones e invitados. Antropología del turismo. Edit. Endymon; 1989.
- 6.- CASABONA, I., LILLO, M. Intercambio de actividades entre países de la Unión europea: Proyecto de disminución de listas de espera quirúrgicas. Interrelación de Enfermería ante la nueva población multicultural. Edita: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana; 2005. Nº 45, pp. 87-102.
- 7.- LILLO M. Asesoramiento en Cuidados Culturalmente Competentes y Evaluación de la Satisfacción en el paciente holandés del Plan de Choque intereuropeo. Teseo -Base de Datos de Tesis Doctorales –Universidad de Alicante. 2005.
- 8.- TRIIPP-REIMER.T ; CHOI, E. Cultural Barriers to Care: Inverting the problem. Diabetes Spectrum, 2001; 14:13-22.
- 9.- CASABONA I. “Enfermería y Gestión de la Transculturalidad en el contexto de la práctica clínica: Análisis de la Calidad percibida por el paciente de nacionalidad holandesa, perteneciente al proyecto Sanitario: Plan de Choque Europeo, hospitalizados en Clínica Vistahermosa de Alicante, España”; 2003. Suficiencia Investigadora, octubre 2003. Programa de Doctorado en Antropología Biológica y de la Salud. Universidad de Alicante. Index de Enfermería. (Base de datos) octubre 2003.
- 10.- DRIPPS. Codificación estándar de riesgo anestésico- ASA.- American Society of Anesthesiologist. USA; 1961.
- 11.- SILES, J & GARCIA, E. Las características de los paradigmas científicos y su adecuación a la investigación en enfermería. Enfermería Científica 1995; 160: 10-15.
- 12.- KOTTAK, CP. Una exploración de la diversidad humana. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España. SAU; 1994.
- 13.- KEROUAC, S. AND COLS. El pensamiento enfermero. Barcelona: Masson; 1996.
- 14.- ZARATE, R. La Gestión del Cuidado de Enfermería. Granada: Index de Enfermería 2004; V 13, nº 44.
- 15.- MELEIS, A.I. Culturally competent care. Journal of transcultural Nursing 1999; 10 (1).12.

# Asesoramiento psicológico en la prevención de duelos previsiblemente patológicos

## Proyecto de Investigación

III Premio CECOVA de Investigación para Residentes de Enfermería en Salud Mental

**Autores:** Antonia Serrano Marín

*Enfermera Interna Residente en Enfermería de Salud Mental. VII Promoción Unidad Docente de Valencia*

## Psychological support in the prevention of complicated grief

### ABSTRACT

The grief process following the death of a loved one is one of the most stressful life events which can be experienced, therefore, there is always the risk of this process to become a complicated form of grief. A complicated grief may not only be the cause for both psychiatric and

physical severe consequences, but also of higher demand of health assistance. In this study we try to assess the validity and efficacy of an intervention programme involving psychological support for bereavement in persons with personal vulnerability and other risk factors which may result in a complicated

grief. This is a preventive and early support carried out during nine months with the aim of facilitate the acceptance of loss and personal feelings, and the adaptation to a new situation.

**Key words:** Grief support, prevention, complicated grief.

### RESUMEN

El duelo causado por la muerte de un ser querido, es una de las tensiones psicológicas más intensas a que las personas estamos expuestas, por lo que no siempre vamos a asistir a una buena evolución del proceso. De hecho, puede ser el origen de una amplia gama de problemas psiquiátricos y físicos, así como de una

hiperfrecuentación asistencial que justifica hacerse cargo de esta necesidad. En este estudio, se propone la evaluación de la validez y utilidad de un asesoramiento psicológico al duelo, en individuos con vulnerabilidad personal y factores de riesgo que hacen presagiar que el duelo no evolucionará bien. Se trata de un asesoramiento preventivo y temprano

no realizado a lo largo de nueve meses que facilitará la aceptación de la pérdida, de las propias emociones y la adaptación a una nueva realidad.

**Palabras clave:** Asesoramiento de duelo. Prevención. Duelo patológico.

## I. INTRODUCCIÓN

Tradicionalmente el duelo ha sido planteado desde diferentes modelos. El duelo es una "reacción a la muerte de una persona querida" y, que en muchos casos es indistinguible de un episodio de depresión mayor, recomendando hacer este último diagnóstico en caso de que los síntomas persistan más de dos meses

después de la pérdida<sup>1</sup>, tiempo más que cuestionable y directamente orientado a patologizar los procesos de duelo. Estamos según la definición del DSM-IV ante el modelo de duelo como enfermedad, pero en sí, el duelo no puede considerarse una enfermedad, aunque sí que es cierto que puede evolucionar de forma patológica hacia otras entidades morbosas.

La noción de duelo como una respuesta de adaptación tras la pérdida, no encuentra amparo bajo los criterios diagnósticos de trastornos adaptativos del DSM-IV, según el cual, el duelo no responde a los síntomas de estos trastornos. Además un trastorno adaptativo debe resolverse dentro de los seis meses que siguen a la desaparición del estresante.

En contrapartida a la negativa del duelo como proceso adaptativo del DSM-IV, la teoría del duelo como importante crisis vital, pone de nuevo a la luz la necesidad de adaptación del individuo a nivel psicológico, social y biológico a la nueva situación. En situaciones y personas de riesgo o vulnerables, la crisis puede afrontarse de forma inadaptada desencadenando dificultades de integración y adaptación en el ámbito biológico, psicológico y social, que predispondrán al deudo a padecer una enfermedad mental<sup>2</sup>. Para este modelo, el curso de la crisis dependerá de múltiples factores (personales, de percepción de la situación) pero básicamente de la existencia de una adecuada red social de apoyo, que ayude a encarar el problema más que a evitarlo.

Es importante revisar que estamos asistiendo en nuestros días y en nuestra sociedad occidental a un cambio en la aceptación de las pérdidas afectivas, sostenida por múltiples motivos, entre ellos, la pérdida de los ritos de los duelos tradicionales; el productivismo que limita nuestro tiempo para dedicarnos a actividades espirituales o religiosas; el aligeramiento de los vínculos familiares; los valores sociales dominantes contrarios a las vivencias de sufrimiento; etc.; que nos conduce a un nuevo modelo de acortamiento y restricción del dolor y por tanto a una tendencia sociocultural de profesionalización y medicalización excesiva del duelo con el consiguiente otorgamiento de categoría de enfermedad, lo que supone importantes repercusiones en la malignización y resolución de muchos de los procesos de duelo. Será por tanto nuestra primera tarea como profesionales de la salud, discernir entre duelos previsiblemente normales, de los previsiblemente patológicos y de los patológicos, para facilitar cuidados de acompañamiento y normalización por parte del personal de Atención Primaria en el primer caso; para una ayuda por parte de Enfermería de Salud Mental en la elaboración del

duelo profesionalizada pero lo menos institucionalizada en el segundo caso; y para una terapia desde la psiquiatría en el último caso. Será por tanto, el que nos ocupa en el presente trabajo un modelo preventivo en individuos con vulnerabilidad previa o con factores de riesgo para que duelos previsiblemente patológicos no se conviertan en duelos auténticamente patológicos.

La existencia de factores de vulnerabilidad personal que influirán en la evolución patológica del duelo es admitida por todos los autores. Respecto a qué personalidades tendrán una marcada tendencia a duelo patológico, casi todos parten de la teoría de los vínculos de apego de Bowlby, aceptando sin crítica el apego inseguro y ansioso-dependiente, el cuidador compulsivo e individuos con separación defensiva (individuos que viven en aparente independencia de los lazos afectivos). Personalidades éstas, en las que sus relaciones estarán caracterizadas por una fuerte ambivalencia manifiesta o latente<sup>3</sup>. Para los rasgos de vulnerabilidad al duelo patológico serían además de la ambivalencia en la relación de apego, la baja autoestima. Para personas con déficit de autoestima, su necesidad de estima las cubre la pareja y cuando ésta muere, las necesidades siguen siendo las mismas pero los recursos han desaparecido.

Atendiendo a los antecedentes vitales, aquellas personas con antecedentes de duelos patológicos en el pasado, presentarán más riesgo de evolución patológica en el presente. La concurrencia de pérdidas anteriores recientes u otros estresantes simultáneos, será otro factor de riesgo de evolución complicada.

Atendiendo al soporte social recibido, las personas que viven este apoyo como de no ayuda, presentan peor evolución. Este apoyo puede ser planteado como un rasgo de la personalidad puesto que está cargado de subjetividad.

Pero además existen otros factores de riesgo para una evolución complicada del duelo. Atendiendo a los factores relacionados con las circunstancias de la pérdida, se plantean como muertes más traumáticas las muertes súbitas e inesperadas aunque sean naturales; las muertes múltiples (particularmente en catástrofes); las muertes accidentales, por asesinato y por suicidio. La unión de la muerte súbita, inesperada y prematura,

serían las de más riesgo de evolución patológica. Lo contrario, es decir una muerte previsible, prevista, preparada y en cuyos cuidados incluso se participó, supone un factor de protección en el proceso de duelo. Otros factores de evolución patológica serían conflictos desagradables entre el fallecido y el superviviente los días o semanas previos a la muerte y la no visualización del cadáver que potenciará la incredulidad y sensación de la irrealidad de la muerte. El sentimiento de culpabilidad que acompañan a determinados tipos de muerte como el suicidio serán también un factor entorpecedor del proceso de duelo; y las vías y formas en las que se les comunicó el fallecimiento (informaciones proporcionadas bruscamente, o por extraños) poseen también mucha relevancia sobre la elaboración del duelo.

Atendiendo a los factores de tipo social; las circunstancias económicas y laborales no óptimas, dificultarán la reorganización de la vida social y económica tras la pérdida, dificultando el duelo. Por otro lado, los adultos que vivan solos después del fallecimiento de la pareja evolucionarán peor que los que viven con algún familiar, considerándose la compañía como un factor protector; pero por otro lado casi contradictorio, la circunstancia de que haya aún niños menores en el hogar es un mal pronóstico, quizá por la sobrecarga de proporcionarles unos cuidados físicos y emocionales cuando el deudo está padeciendo su propia aflicción. Atendiendo a otros factores, como el grado de parentesco, la pérdida que más frecuentemente da lugar a dificultades psicológicas es la pérdida de la pareja; y en cuanto al género, las mujeres consultan más y consumen más tranquilizantes que los hombres según todos los trabajos revisados.

Y en cuanto a la edad de mayor riesgo, mientras que algunos autores sugieren que cuanto más joven es una mujer en enviudar, más intenso será el duelo, otros sin embargo admiten la tercera y cuarta edad como etapa que hace la elaboración de duelos más compleja, quizás por las pérdidas secundarias asociadas (pérdidas del hogar, de ingresos, de amigos y de relaciones y por tanto de apoyo social). Es por ello, que en el presente trabajo, no exista un rango de edad específica como criterio de exclusión.

### 1.1. Marco Teórico

En este proyecto se propone una intervención de asesoramiento psicológico individual y grupal con el deudo y un asesoramiento con la familia u otro apoyo social inespecífico basado en las siguientes Teorías y Modelos:

#### **Modelo del duelo como cumplimiento de tareas psicológicas y psicosociales de William Worden.**

El duelo es un proceso de adaptación que implica tareas necesarias de elaboración y que requiere por parte del deudo un esfuerzo y una aceptación de la experiencia del dolor y del sufrimiento mental.

Las cuatro tareas del duelo:

- **Aceptar la realidad de la pérdida.**

Implica no sólo una aceptación intelectual sino también emocional. El deudo puede ser intelectualmente consciente de la pérdida mucho antes de que las emociones le permitan aceptarla.

- **Trabajar las emociones y el dolor de la pérdida.**

“Es necesario la elaboración del dolor emocional para realizar el trabajo del duelo, y cualquier cosa que evite este dolor es probable que prolongue el curso del duelo”<sup>4</sup>. La negación de esta tarea consiste en bloquear los sentimientos dolorosos mediante detención de pensamientos dolorosos (evitar todo lo que le recuerda al fallecido); procedimientos de estimulación de solo pensamientos agradables del fallecido; o usar alcohol o drogas.

- **Adaptarse a un medio en que el fallecido está ausente.**

La pérdida conlleva toda una serie de exigencias como cuestionar los valores fundamentales de la vida; cuestionar el propio sentido de sí mismo (en individuos que definen su identidad a través de sus relaciones y del cuidado a los otros, el duelo significa también la pérdida de sí mismo; confrontar su intensa percepción de sí mismos como inútiles o incapaces; afrontar los roles desempeñados por el fallecido.

- **Recolocar emocionalmente al fallecido y seguir viviendo.**

La tarea finaliza cuando el deudo encuentra para el fallecido un lugar que le permite continuar viviendo pero sin renunciar al recuerdo.

Aunque es imposible establecer una fecha, hay dos características en la que la mayoría de los autores coinciden para decir que un duelo está adecuadamente elaborado: la capacidad de recordar y hablar del fallecido sin dolor y la capacidad de restablecer nuevas relaciones y aceptar los retos de la vida.

### Teoría Enfermera de los Cuidados Transculturales

Los cimientos del presente trabajo están conformados por la Teoría de los Cuidados Transculturales de M. Leininger dado que, conocer los valores, creencias y prácticas culturales respecto al duelo será una parte importante de la valoración de enfermería para evitar una confrontación radical entre los cuidados y la cultura del deudo.

La enfermera valorará con el deudo su sistema de creencias y valores religiosos, espirituales y filosóficos (tales como el significado de la vida y el sufrimiento, la creencia de un ser supremo, la posibilidad de encuentro con el difunto en el más allá); las interacciones sociales generales y los lazos de parentesco; los valores, creencias y normas de la vida familiar; los rituales del ciclo vital de la muerte (como los tradicionales funerales, las visitas al cementerio, que en el moderno mundo cambiante se están simplificando por la creciente secularización de las sociedades y el auge del pensamiento científico-racional); los valores o creencias educativos; los factores económicos y las creencias y aspectos de cuidado relacionados con la salud y el bienestar. La enfermera ofrecerá acciones de apoyo y facilitación del duelo para mejorar la condición de vida del deudo a través de tres modos de actuación:

- **Conservación de los cuidados culturales**, como los rituales de la muerte, puesto que cumplirán su función terapéutica de ayudar a los supervivientes a reconocer el hecho y significado de la muerte superando la incredulidad, o a reconocer la transición a un nuevo estatus social <sup>5</sup>.
- **Remodelación o reestructuración de los cuidados culturales**, cuando el sistema creencial mágico desarrollado favorece un duelo insano e impide adoptar el modo lógico-racional para adaptarse a la realidad.
- **Adaptación de cuidados culturales**, es decir, actividades de apoyo y de facilitación adaptadas al estilo de vida, creencias. Será el caso de convicciones

personales, sociales y religiosas mágicas muy fuertes (fe en la resurrección o en el encuentro con el difunto en el más allá) no argumentables mediante la lógica, y en las que limitaremos nuestros objetivos, intentando que la persona se permita a sí misma seguir viviendo en este mundo mientras que admite la reunión con el fallecido en el otro. Esto será útil especialmente en viudas mayores en las que la vivencia de la muerte como separación temporal ha sido considerado más adaptativo que como duelo cronificado.

### Modelo del pensamiento mágico

Ante una gran crisis como la muerte de un ser querido se tambaleará el mundo creencial del deudo (justicia, existencia de un dios, bondad de ese dios, infalibilidad de la medicina), emergiendo entonces el pensamiento mágico para darle una nueva comprensión de los hechos. Dado que la activación de esta mente mágica, que le permite al deudo hablar con el fallecido, sentirlo a su lado, sentir su protección, su ayuda en situaciones difíciles, no borra completamente la mente lógico-racional, la persona sabe que todo aquello que para ella es natural, no es aceptado ni comprendido por su entorno por lo que tenderá a ocultarlo. Por tanto, la enfermera para ayudar a la evolución normal del duelo debe comprender y valorar la inmersión del deudo en este mundo mágico creencial. Y para favorecer la adaptación a una nueva realidad en la que la persona fallecida ya no está, le ayudará a fomentar el modo lógico-racional, y a confrontar las creencias mágicas que le permiten vivir en su realidad fantaseada.

## II. JUSTIFICACIÓN

El duelo por la muerte de un ser querido es una situación no deseada, que sumergirá al deudo en una importantísima crisis vital que le predispondrá a trastornos físicos y psicológicos. De hecho, el riesgo de enfermedades cardiovasculares, de enfermedades psicosomáticas y de suicidio aumenta; el riesgo de depresión en viudos/as se multiplica por cuatro durante el primer año y casi la mitad presenta ansiedad generalizada o crisis de angustia; el abuso de alcohol aumenta, llegando el 50% de las viudas a utilizar algún psicofármaco en los primeros 18 meses; y además, entre un 10

y 34% de los dolientes desarrollan un duelo patológico, lo que representa una puerta de entrada a posibles trastornos psicopatológicos. Pero además, conlleva otras pérdidas secundarias como la pérdida de roles, de status, económicas, de valores, de creencias, que complicarán aún más la evolución del duelo, añadiendo mayor grado de dificultad en la superación. De lo anterior, deriva la importancia de hacer una correcta prevención en individuos con vulnerabilidad previa y factores de riesgo asociados a duelo complicado que contribuya a la prevención de trastornos psicopatológicos.

En un estudio reciente que relaciona parentesco y duelo, la muerte de un hijo y de la pareja serían las pérdidas más difíciles de asumir en relación a otros parentescos, asociándose por tanto a más duelos complicados<sup>6</sup>, hecho que coincide con más autores. Sin embargo y como resultado también de este estudio, no aparecieron diferencias significativas entre la pérdida de estos dos grupos entre sí, y puesto que existe una menor tasa de madres que pierden a sus hijos que mujeres que pierden a su compañero, en el presente estudio se diseñará una intervención para duelo por pérdida del cónyuge. Si tenemos en cuenta la mayor demanda de mujeres en los procesos de duelo coincidente con todos los hallazgos de la literatura y el mayor riesgo de síntomas psiquiátricos en mujeres que pierden su pareja frente a los hombres, se entenderá que en la intervención participen especialmente mujeres pero no siendo el sexo un motivo de exclusión dado que esta diferencia podría ser debida a la dificultad masculina de expresar y comunicar sentimientos. Además, que el duelo es algo inocuo para los hombres queda descartado; de hecho, tienen mayores tasas de mortalidad por eventos cardíacos tras la muerte de la pareja que las mujeres<sup>7</sup>.

Por añadidura, la población en duelo demanda un mayor apoyo sanitario, quizá por la pérdida del apoyo social clásico para el doliente (familiares, religiosos, vecinos, amigos, compañeros de trabajo). De hecho, existen estudios que cifran la tasa promedio anual de consultas al centro de salud en un 80% mayor entre los dolientes que en el resto de la población. Por otro lado, diversos trabajos calculan que la duración media de la resolución del duelo se encuentra en torno a los dos

años. Con todo esto, es fácil darse cuenta de la importancia que la Atención Primaria adquiere en el proceso de duelo ya que es el primer eslabón con que contactan los dolientes. En este sentido, la atención primaria debería constituirse como un recurso facilitador del duelo normal y preventivo de las situaciones de riesgo de duelo patológico. Pero sin embargo, estas intervenciones se realizan en muchísimo menos número de lo que sería recomendable. La causa de esto deberíamos buscarla en el hecho de que los equipos de Atención Primaria se encuentran muy poco formados en el ámbito psicosocial. Probablemente una buena conexión con la atención especializada facilitaría mucho todo el proceso, de ahí que la Enfermera de Salud Mental actúe de enlace entre estos dos niveles asistenciales, detectando individuos con factores de riesgo de duelo complicado sobre los que centrar actividades preventivas de asesoramiento psicológico y derivando a atención especializada sólo en caso de duelo patológico establecido claramente. La actuación de la enfermera especialista se realizará desde el ámbito de la Atención Primaria para mantener una circunstancia social normalizada que no implique el estigma de la psiquiatría.

Desde el punto de vista de la enfermería, la intervención preventiva de duelo complicado propuesta, es recogida por la taxonomía de la N.A.N.D.A. a través del diagnóstico enfermero: "Alto Riesgo de Duelo Disfuncional". El proceso de duelo normal no debe confundirse con el duelo disfuncional, que describe una mayor duración o gravedad del duelo. Este diagnóstico enfermero altera el Patrón Psicosocial: Rol-Relaciones, que describe las necesidades humanas de contacto e interacción con otros y la influencia en nuestro desarrollo personal<sup>8</sup>.

### III. HIPÓTESIS

El asesoramiento psicológico, desde enfermería de salud mental, a individuos que atraviesan un duelo por la muerte del cónyuge con vulnerabilidad personal y/o factores de riesgo pronosticables de complicaciones, prevendrá el duelo complicado y la psicopatología asociada, disminuirá las demandas asistenciales y la medicalización del duelo y mejorará el nivel percibido de bienestar general.



## IV. OBJETIVOS

### 4.1. Objetivo general

Evaluar la efectividad de un programa de asesoramiento psicológico en deudos por la muerte del cónyuge, con vulnerabilidad personal y factores de riesgo de complicaciones, como instrumento de prevención del duelo complicado y psicopatología asociada.

### 4.2. Objetivos específicos

- Prevenir la aparición de duelo complicado en duelos “previsiblemente complicados”.
- Prevenir la medicalización innecesaria del duelo, con la consiguiente categorización del duelo como enfermedad.
- Disminuir las demandas asistenciales enmascaradas bajo quejas psicofísicas inespecíficas.
- Mejorar el nivel percibido de bienestar general del deudo.

## V. MATERIAL Y MÉTODOS

### 5.1. Diseño del Estudio

Se trata de un estudio experimental cuyo objetivo consiste en comparar los valores observados de las variables dependientes en un grupo Intervención y los observados en un grupo Control.

De los individuos que cumplan los criterios de inclusión, se obtendrá una muestra de veinte personas, de donde y usando un método aleatorio simple, surgirán dos grupos de diez personas: el grupo Intervención que participará en el asesoramiento psicológico; y el grupo Control, que no participará en el asesoramiento. Ambos grupos, serán citados, antes y después del asesoramiento, para llevar a cabo las evaluaciones de las variables dependientes del estudio.

### 5.2. Sujetos del estudio

La muestra de estudio estará formada por individuos de ambos sexos, que han sufrido la pérdida del cónyuge en un periodo de seis meses previo a la consulta con el médico de Atención Primaria. Los motivos de esta consulta pueden ser desde dificultades en la elaboración del duelo manifestadas directamente por el deudo, hasta consultas enmascaradas en forma de quejas psicofísicas inespecíficas, hiperfrecuentación y aumento de consumo de sustancias tóxicas o psicofá-

macos. Los sujetos de este estudio deberán responder al diagnóstico de enfermería: Alto riesgo de duelo disfuncional, por lo que deberán tener una personalidad vulnerable o factores que se han relacionado como de riesgo para el duelo disfuncional.

#### 5.2.1. Criterios de Inclusión

- Sujetos de ambos sexos y de cualquier edad, que han perdido al cónyuge, en un período de seis meses previo a la demanda asistencial.
- Muerte del cónyuge inesperada, súbita y/o prematura.
- Sujetos considerados de riesgo de duelo patológico, por presentar uno más factores de vulnerabilidad personal y uno o más factores en el resto de categorías:
  - Factores de vulnerabilidad personal:
    - Individuos con apego ansioso dependiente, cuidadores compulsivos o con separación defensiva.
    - Vínculos de apego ambivalentes.
    - Baja autoestima.
    - Antecedentes personales de depresión o ansiedad
    - Antecedentes personales de consumo de drogas.
    - Otros duelos difíciles de superar.
    - Otras pérdidas de seres queridos u otros acontecimientos estresantes en el último año.
    - Sujetos con percepción de bajo apoyo social y/o disfunción familiar.
  - Factores relacionados con las circunstancias de la pérdida:
    - Muerte por suicidio, homicidio o accidente
    - Conflictos desagradables con el fallecido las semanas o días previos a la pérdida
    - No visualización del cadáver y/o no participación en los rituales del funeral.
    - Sentimiento intenso de culpabilidad o autorreproches.
    - Formas de comunicación del fallecimiento bruscas y dadas por extraños
  - Factores sociales:
    - Individuos que viven solos tras el fallecimiento.
    - Niños menores de catorce años en el hogar a cargo del deudo.

- Dificultades económicas.
- Desempleo.
- Bajo nivel educacional.

### 5.2.2. Criterios de Exclusión

- Trastorno de personalidad u otros trastornos mentales ya diagnosticados
- Muertes múltiples (por catástrofes, por atentados terroristas).
- Desapariciones.
- Muertes de otro tipo de parentesco.

## 5.3. Definición de variables

### 5.3.1. Variables Independientes

- Sexo.
- Edad.
- Nivel cultural
- Factores de vulnerabilidad personal y factores de riesgo de duelo patológico.
- Participación en el asesoramiento psicológico.

### 5.3.2. Variables Dependientes

- Estado del duelo, a través de la valoración del Inventario del Duelo complicado Revisado (IDC-R)
- Estado general de salud mental, a través de los resultados de la Escala de Salud General de Goldberg (GHQ-28)
- Demanda asistencial al Centro de Atención Primaria(CAP) y toma de psicofármacos, a través de una hoja de registro llevada a cabo por el médico de Atención Primaria.

## 5.4. Definición de Instrumentos de recogida de datos

### 5.4.1. Inventario del Duelo Complicado-Revisado: IDC-R 9 Inventory of Complicated Grief: ICG.

Este cuestionario adaptado al castellano y tan fiable y válido como el original, pretende discriminar entre formas de duelo normal y formas de duelo complicado.

### 5.4.2. Cuestionario de Salud General de Goldberg: GHQ-28.

Se trata de un test autoadministrado de salud mental autopercebida compuesto de escalas que valoran

síntomas somáticos, de ansiedad e insomnio, de depresión grave y de disfunción social.

### 5.4.3. Registro de demandas asistenciales al CAP y uso de psicofármacos.

Se trata de un registro de datos sobre el número y motivos de consulta y el uso de psicofármacos en ambos grupos de estudio, que el médico de Atención Primaria llevará a cabo durante el tiempo que dure el asesoramiento psicológico

### 5.4.4. Entrevista inicial con factores de riesgo de duelo patológico (Anexo 1).

Se trata de una entrevista semiestructurada con preguntas abiertas y cerradas en las que se valoran datos sociodemográficos y factores de riesgo de duelo patológico. Al tratarse de la construcción de un nuevo instrumento, necesitará la preparación de un estudio previo para contrastar y verificar su calidad, a excepción del Cuestionario Apgar Familiar, válido y fiable que valora la percepción de la funcionalidad familiar.

## 5.5. Metodología del Estudio (Anexo 2)

### 5.5.1. Fases de la recogida de datos

#### - Primera Fase.

Previa a la intervención psicológica propuesta, durará un mes.

Los sujetos de estudio serán previamente informados y solicitados para su participación por parte del médico o enfermera de Atención Primaria. Contactaremos telefónicamente con todos, hayan expresado o no su conformidad y en base a una reconsideración, para una citación a una primera visita en su CAP.

Esta primera visita la realizará una enfermera de salud mental. Nuestro objetivo será:

- Explicar el procedimiento y metodología de estudio.
- Realizar la entrevista inicial (Anexo 1) una vez hayan expresado por escrito su consentimiento a participar. Pretendemos con esta entrevista recoger datos para la diferenciación de duelos previsiblemente patológicos frente a duelos previsiblemente normales. Los duelos previsiblemente normales quedan excluidos del estudio y se les ofrecerá ayuda (contención y normalización) por

parte del equipo de Atención Primaria en caso de demanda.

Posteriormente, los deudos incluidos en el estudio, serán asignados aleatoriamente al grupo intervención y grupo control. Ambos grupos serán citados en un período de quince días para una segunda visita, que será llevada a cabo por la enfermera de salud mental con objetivo de valorar:

- Estado de salud mental general a través de la Escala de Salud general de Golberg.

#### - Segunda Fase.

Se llevará a cabo un asesoramiento psicológico individual y grupal de dieciocho sesiones de una hora y media de duración, con una frecuencia semanal durante los tres primeros meses y mensual durante los seis restantes. El asesoramiento psicológico se prolongará por tanto durante nueve meses.

#### - Tercera Fase.

Esta fase en la que se hará una tercera visita y análisis estadístico posterior de los datos, durará dos meses.

En esta tercera visita se vuelven a citar telefónicamente los pacientes de ambos grupos, para evaluar las variables dependientes estudiadas.

## VI. RESULTADOS ESPERADOS

Con la aplicación de un asesoramiento psicológico en duelos previsiblemente patológicos por la muerte del cónyuge, se espera una evolución hacia la superación del duelo y por tanto hacia la prevención de la aparición de duelo patológico, una disminución de las demandas asistenciales en Atención Primaria, una disminución de la medicalización del duelo y una mejora del estado general de salud mental.

## VII. ORGANIZACIÓN

### Recursos humanos.

- Médico de Atención Primaria: detectará sujetos candidatos al estudio proponiéndoles su participación desde la confianza terapéutica. También llevará el registro del número de demandas asistenciales, los motivos de consulta y el uso de psicofármacos de ambos grupos, sin conocer quienes pertenecen a uno

u otro grupo. No deberá conocer tampoco qué pretendemos conseguir para no añadir sesgos en la prescripción psicofarmacológica.

- Personal de enfermería: formado por dos enfermeras de salud mental. Una se encargará de hacer la entrevista inicial valorando factores de riesgo y de vulnerabilidad personal y de desarrollar el asesoramiento psicológico. Es importante que la entrevista inicial sólo sea llevada a cabo por un único profesional a fin de evitar diferentes estilos de interrogatorio que pudieran introducir sesgos. La otra enfermera realizará las valoraciones de las variables a estudio pre y post-intervención a ambos grupos. Esta enfermera no conocerá la pertenencia del entrevistado a grupo intervención o control.

## VIII. CONSIDERACIONES ÉTICAS

La presente investigación respeta los derechos y libertades de las personas. Previamente los individuos reciben información clara y veraz en términos que puedan entender sobre el proyecto y el papel que jugarán en el estudio, insistiendo en que su participación estará condicionada por los resultados de la entrevista inicial y por la asignación aleatoria a ambos grupos de estudio. Así, decidirán con conocimiento de causa y desde la libertad si quieren o no participar en la misma, quedando firmado su consentimiento. Los individuos que forman parte del Grupo de Intervención se beneficiarán de la utilidad del asesoramiento psicológico en caso de verificación de la hipótesis de estudio, mientras que los demás individuos pertenecientes al Grupo Control seguirán su pauta habitual acudiendo a su médico de Atención Primaria cuando lo precisen. Además se asegura la confidencialidad y protección de los datos.

## IX. BIBLIOGRAFÍA

1. DSM-IV. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Ed. Masson; 1995.
2. Tizón, J.L. Pérdida, pena, duelo: vivencias, investigación y asistencia. Fundació Vidal i Barraquer Paidós; 2004.
3. Bowlby J. La pérdida afectiva. Tristeza y depresión. Barcelona: Ed. Paidós; 1997.
4. 7. Parkes CM. Bereavement. Studies of grief in adult life. 3ª ed., Roudedgem London y New York; 1996.

5. 13. Olmeda MS. El duelo y el pensamiento mágico. Madrid: Master Line; 1998.
6. Olmeda MS., García Olmos, A. Parentesco y duelo. Fuente: Intersiquis. 2006.
8. Gordon M. Diagnóstico enfermero. Proceso y aplicación. Madrid: Mosby; 1996.
9. 10 García-García, J.A., Landa Petralanda, V., Trigueros Manzano, M.C., Calvo Aedo, P., Gaminde Inda, I. El duelo por la pérdida del cónyuge: un estudio mediante grupos de discusión en Atención Primaria. Atención Primaria 1996;18 (9): 475-483.
11. William Worden J. El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia. Ed. Paidós; 1997.
12. Landa Petralanda, V., García-García, J.A. Guía del duelo (revista electrónica). Disponible en: URL : [www.fisterra.com/guias2/duelo.asp](http://www.fisterra.com/guias2/duelo.asp). 2004.
14. Bucay, J. El camino de las lágrimas. Barcelona: Ed. Sudamericana; 2003.

## X. ANEXOS

### Anexo 1: Entrevista inicial con factores de riesgo de duelo patológico.

#### Fecha:

#### Datos de identificación

Nombre y apellidos:

Nº. de historia:

Teléfono:

Edad actual:

Sexo:

#### Datos relacionados con las circunstancias del fallecimiento

Nombre y apellidos del fallecido/a:

Nº. de historia del fallecido/a:

Edad del fallecido/a:

Grado de parentesco con el fallecido/a:

Tipo de muerte:	Súbita	Lenta
	Inesperada	Prevista

Causa de la muerte:	Enfermedad natural	Accidente	Homicidio
	Asesinato	Suicidio	Otras:

Presencia del paciente durante la muerte:	Sí	No
Modo como recibió la noticia:	Teléfono	Personalmente
	Brusco	Suave

Notificación del fallecimiento:	Por familiares	Por extraños
---------------------------------	----------------	--------------

Visualización del cadáver?	Sí	No
----------------------------	----	----

Asistencia a los ritos funerarios:	Sí	No
------------------------------------	----	----

Conflictos desagradables con el fallecido/a días o semanas previas al fallecimiento:

Sentimiento de culpa:	Sí	No
-----------------------	----	----

Valoración subjetiva de la muerte:

**Datos relacionados con factores de riesgo sociales**

Hijos menores de 14 años a su cargo:

Personas con las que convive

Situación laboral:	Activo	Desempleo	Pensión
Profesión:			
Nivel educacional:	Sin estudios	Primarios	Medios
			Superiores

¿Tiene dificultades económicas?

¿Cuánto le preocupa el dinero?

**Datos relacionados con vulnerabilidad personal**

¿Ha tenido algún otro fallecimiento de un ser querido que le haya sido difícil de superar?

¿Ha tenido otras pérdidas u acontecimientos estresantes durante el último año?

¿Ha estado alguna vez en el psicólogo o psiquiatra?

¿Por qué razón acudió a este especialista?

¿Ha abusado o dependido de drogas en el pasado?

Nivel de autoestima:

¿Cuánto se valora a sí mismo?

¿Cuánta seguridad tiene en sí mismo?

¿Cuán satisfecho está de sí mismo?

¿Cuán satisfecho está con sus habilidades?

Apego ansioso - dependiente:

¿Dependes mucho de otras personas?

¿Tiendes a pedir consejo y guía a los demás?

¿Dejas a otras personas que tomen las riendas porque parecen saber manejar las cosas mejor que tú?

¿Te plantearías metas que a otros no le gustasen o para las que no te ayudarían?

¿Te preocupa mucho que gente que te importa te deje o traiciones?

¿Te sientes insignificante cuando a los demás no les gustas?

Cuidador compulsivo:

¿Prefieres cuidar de la gente antes de que la gente cuide de ti?

¿Te sientes herido cuando la alguien rechaza tu ayuda?

¿Sientes que los demás no aprecian lo que tú haces por ellos o que recibes menos de lo que tú das?

¿Crees que tu rol en la vida es cuidar de otra gente?

Separación defensiva:

¿Ser independiente es importante para ti?

¿Te gusta sentir que te puedes cuidar por tí mismo y que no dependes de otros?

¿Quieres que la gente se preocupe por ti o tu preocuparte por lo que los demás hacen?

¿Evitas situaciones en las que te sientes incapaz de hacer lo que necesitas por tí mismo?

Vínculos de apego ambivalentes:

Valoración subjetiva de la relación conyugal (0-5)

Conflictos de pareja o desacuerdos:	Rara vez	A veces
	A menudo	Siempre

## ■ Investigación & Cuidados

Apoyo social percibido:

¿Qué porcentaje de apoyo ha recibido de familiares, amigos, compañeros de trabajo,..., respecto al apoyo que ha necesitado desde el fallecimiento?

Ninguno	Un poco	Moderado	Considerable	Apoyo ideal
0%	20%	50%	80%	100%

### Cuestionario Apgar Familiar:

¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?

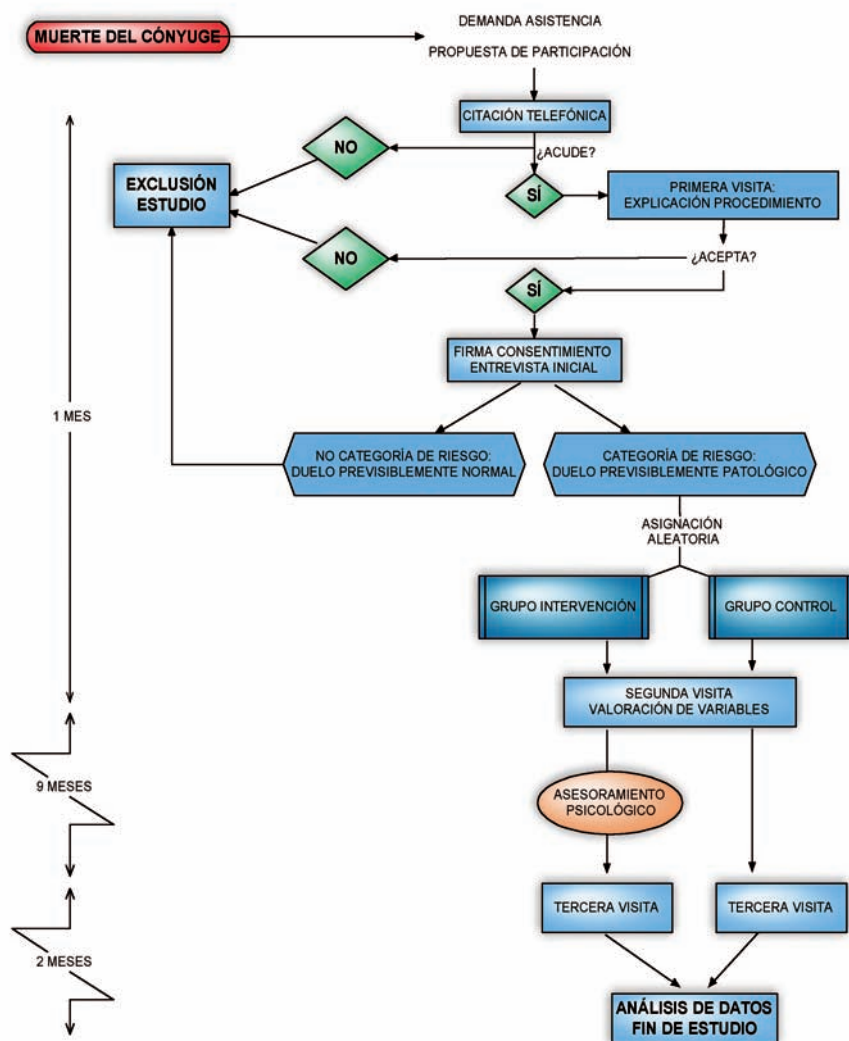
¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?

¿Las decisiones importantes se toma en conjunto en la casa?

¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan junto?

¿Siente que su familia le quiere?

### Anexo 2: Metodología de Estudio



### Anexo 3: Descripción de los Procedimientos del Asesoramiento Psicológico para los dolientes.

#### METODOLOGÍA DEL ASESORAMIENTO

- Establecer una buena relación profesional con el doliente será el fundamento de todo.
- Mantenerse dentro del marco profesional establecido, subrayando las características profesionales de la relación para evitar reacciones de transferencia-contratransferencia dramáticas (por ejemplo evitar ser un “sustituto del que falta”).
- Ofrecer disponibilidad para que el paciente acuda a nosotros cuando lo necesite, incluso a través de comunicación telefónica.
- Mantener una escucha activa, es decir atenta, centrada e intensa que les permita hablar de la muerte porque “hablar de la muerte alivia”<sup>10</sup>
- Facilitar la comunicación, es decir, esperar, tener paciencia, y darle “permiso” con nuestra actitud y un clima “seguro”, para que cuente lo que se le ocurra o exprese sus emociones más profundas.
- Informar al doliente:
  - Normalizar. Es asegurarle al doliente que lo que siente, piensa, hace es totalmente normal en su situación. Normalizaremos por ejemplo que no se quiera olvidar, ni dejar de llorar, que se continúe hablando con él, que se refiera a él en presente, que sienta que se está volviendo loco. Será absolutamente necesario huir de los planteamientos simplistas tan arraigados en nuestra sociedad (“eres fuerte, lo superarás”, “el tiempo lo cura todo”, “la vida es para los vivos”, “sé como te sientes”) y reconocerlo con una simple afirmación como “no se que decirte”.
  - Orientar. Es guiar, aconsejar sobre sus dudas más habituales (“¿Es bueno ir al cementerio?, ¿y llorar?, ¿y hablar siempre del muerto?, ¿por qué ahora no me fio de nada ni de nadie?, ¿Por qué ahora tengo más miedo de morirme y a la vez quiero morirme? ¿por qué tengo miedo a entrar a la habitación? ¿por qué percibo su presencia e incluso me da miedo?”)
- Todas las sesiones se iniciarán con comentarios del estado de ánimo y novedades de la semana o del mes. Se empezará cada sesión con preguntas tera-

péuticas que penetran y rastrean las emociones del tipo: “Desde la última vez que nos vimos ¿habías pensado en hablar hoy de algo que se haya quedado colgado?”

- El asesor utilizará palabras duras que evoquen sentimientos y ayude a la aceptación de la pérdida como “tu marido murió”, “perdiste a tu pareja”.
- El asesor prescribirá tareas que comprometerán al doliente a su ejecución.

#### METODOLOGÍA DE LAS SESIONES INDIVIDUALES

- 1.- Se hará una intervención individual en el domicilio del deudo, como contexto más apropiado para las intervenciones. Se realizarán un total de diez sesiones individuales.
- 2.- Acordaremos para todas las sesiones del asesoramiento psicológico individual o grupal un tiempo por sesión de hora y media con una frecuencia semanal durante los tres primeros meses y mensual durante los seis restantes, con una duración total de nueve meses. Pretendemos con esta duración que a la finalización del asesoramiento, la mayoría de deudos hayan superado el difícil aniversario del fallecimiento, un año en el que habrá acontecido todo por primera vez sin la presencia del cónyuge.

#### METODOLOGÍA DE LAS SESIONES EN GRUPO

- 1.- No se realizarán nunca antes de los tres meses desde el fallecimiento puesto que necesitarán al menos de este tiempo para poder creer realmente la muerte del ser querido. El momento crítico tendrá lugar alrededor de los cuatro meses, es cuando la persona tomará conciencia de la realidad, hecho que coincide con la época en que el apoyo social va disminuyendo. Es en este momento muy importante para una correcta evolución del duelo un apoyo en un grupo en el que se favorezca la expresión emocional<sup>11</sup>
- 2.- Elección del formato de grupo:
  - Logística: se realizará ocho sesiones en grupo durante dos meses. Cada sesión será de hora y media con una pausa intermedia. El horario de las sesiones se establecerá entre todos, de forma que asegure la asistencia de los participantes.

- Propósito fundamental es el apoyo emocional. Es preciso definir expectativas previamente para evitar que se sientan decepcionados y que no vuelvan.
  - Estructura: los grupos serán cerrados.
  - Tamaño: entre ocho y diez personas. Un mayor número daría mayor riqueza en las actividades propuestas pero disminuiría la participación activa de sus miembros y espacio para narrar sus experiencias y sentimientos, que es lo que perseguimos.
- 3.- Establecer reglas básicas que proporcionen estructura, lo cual les ayudará a sentirse seguros: puntualidad y asistencia, confidencialidad, libertad para compartir tanto o tan poco como elija, con previa conciencia de que se aprovechará más cuanto más se participe, tiempo equitativo de participación.

### DESCRIPCIÓN DE LAS SESIONES

#### 1.- “Ayudando al superviviente a hacer real la pérdida”

##### Objetivos:

- Ayudarles a tomar conciencia de que la persona está muerta y no volverá más.
- Ayudarles a fomentar el análisis de la realidad mediante el modo lógico-racional.

##### Sesión 1. Actividades

- Clarificaremos con el deudo las diferentes etapas del proceso de duelo, los objetivos y tareas concretas de cada etapa y le pediremos su activa participación, tolerancia y aceptación del sufrimiento.
- Fomentaremos hablar de la pérdida mediante preguntas tipo: “¿Dónde se produjo la muerte? ¿Cómo ocurrió? ¿Quién se lo dijo?, ¿Dónde estaba cuando se enteró?, ¿Cómo fue el funeral? ¿Qué se dijo en el servicio religioso? ¿Fue enterrado o incinerado?”. “El relato pormenorizado y redundante de la muerte lava, purga, abre la espita de la emoción y además libera, y estructura el pensamiento”<sup>12</sup>.
- Negociar como tarea prescrita visitar el cementerio o el lugar en el que reposan o están esparcidos los restos para acercarse a la realidad de la muerte.

##### Sesión 2 y 3. Actividades

- Revisaremos el sistema creencial mágico desarrollado durante la formación de la mente de duelo.
- Favoreceremos la adopción del pensamiento lógico-racional que le permita adaptarse al mundo real. Para ello:
  - Ayudaremos a que tome conciencia de su modo de funcionamiento preferente secundario al análisis mágico de la realidad.
  - Analizaremos conjuntamente y abogaremos para que sean ellos mismos quienes encuentren las contradicciones y falta de lógica en su razonamiento mágico.
  - Le pediremos que se ponga en el lugar de otra persona de su entorno, y que haga los comentarios que ésta haría respecto a sus creencias mágicas.
  - Le pediremos que nos describa cual es su deseo con respecto a la relación con el fallecido, para posteriormente qué ocurre en su realidad y qué ocurriría si ese deseo no se cumpliera, para que sea capaz de diferenciar deseos y realidad y cómo los deseos pueden alterar la percepción de la realidad.
  - Valoraremos posibles conductas fóbicas a objetos o espacios del fallecido (como evitar acostarse en la cama en la que dormía) o vínculos a objetos personales del difunto en forma de amuletos, analizando conjuntamente las creencias mágicas sobre las que se sustentan para que se superen.
  - Abogaremos a la bondad del difunto, quien nunca desearía el mal al superviviente, en caso de que se resista a abandonar sus creencias, para pactar con ellos cierta normalidad en sus vidas e instarles en el futuro hacia actividades y relaciones positivas, sin abandonar por completo sus creencias.

##### Sesión 4. Actividades

- “Piensa bien para sentirte mejor”
- Analizaremos conjuntamente como nuestros pensamientos influyen en nuestros sentimientos y actuaciones.
- Explicaremos técnica de reestructuración cognitiva:



- Identificar la situación que le preocupa, problemas reales y específicos que puedan ser resueltos.
- Identificar las emociones negativas que le genera el problema puntuándolas de 0 a 100.
- Identificar pensamientos automáticos, distorsiones cognitivas y respuestas racionales (mediante técnicas de confrontación).
- Llevaremos conjuntamente a la práctica con un ejemplo real.
- Negociaremos la realización de la tarea al menos semanalmente. Se persigue convertirla en una rutina que utilice para cualquier situación, ya que ayuda a reducir los sentimientos negativos provocados por pensamientos irracionales automáticos.
- Se les pedirá que nombren a persona/s significativa/s con las que trabajaremos durante dos sesiones un apoyo efectivo al deudo (Anexo 4).

## 2.- “Trabajando las emociones y el dolor de la pérdida en grupo”

La intervención se hará en grupo porque permitirá que el deudo sufra menos temor a sus emociones al ver a otras personas sentir igual, proporcionando un importante soporte emocional<sup>13</sup>.

Cada sesión se iniciará con la expresión de emociones y se finalizará con la recapitulación de las conclusiones y la expresión uno por uno de lo que han experimentado, pensado, deseado.

### Objetivos:

- Conseguir el apoyo y acompañamiento emocional, intentar que el deudo no evite o niegue sus sentimientos, fomentar la autorreflexión dirigida al autoconocimiento de sus emociones y aceptar los sentimientos como propios y naturales.

### Sesión 5. Actividades

- Dinámica de interacción “Conocernos” a través de las presentaciones de todos los asistentes (nombre y sus expectativas) empezando por el asesor.
- Explicación del propósito del grupo, objetivos y normas de participación.
- Dinámica de interacción “Relato de la vivencia del compañero”.

Los deudos se colocan por parejas y se cuentan cómo

era la relación con el fallecido, días previos a la muerte, cómo se recibió la noticia. Posteriormente se devuelve el relato del compañero al grupo en primera persona, imaginando tener la cabeza de su compañero e identificándose cuanto pueda con él.

### Sesión 6. Actividades

- Se anotará en la pizarra “Los duelos duelen, y no se puede evitar que duela”<sup>14</sup>. Explicar la necesidad del dolor y sufrimiento emocional para realizar el trabajo del duelo, y que cualquier intento por evitar este dolor probablemente prolongará el curso del duelo.
- Dinámica “Clarificación de sentimientos”.
  - En grupo de dos o tres personas expresan libremente sus sentimientos.
  - Intentan clasificar toda la tormenta emocional dentro de las categorías emocionales de enfado, culpa, ansiedad, impotencia, tristeza y puesta en común.
- Se les sugiere que escriban un diario del duelo para facilitar la expresión de sentimientos y ayudar a aceptar la realidad de la pérdida.

### Sesión 7, 8, 9 y 10. Actividades

- Dinámica “la línea de la vida”. Se les pide a cada uno que dibuje en un folio una línea con un trazo que resuma su trayectoria vital hasta la fecha. Posteriormente se comparte con compañeros.
- Se trabajarán las emociones más problemáticas.
  - Enfado. Debe dirigirse hacia el fallecido, que es el objetivo real, sino se puede desviar a otras personas o hacia uno mismo (y experimentarse como depresión, culpa, disminución de autoestima, y en casos extremos como ideas suicidas).
    - Técnica “Echar de menos”
      - Pedir que contesten en un papel las siguientes preguntas: “¿Qué echas de menos de él/ella?” , posteriormente “¿qué no echas de menos de él/ella?”.
      - El asesor equilibrará activamente los sentimientos positivos y negativos (sólo lo negativo puede ser una manera de evitar tristeza, y admitir sólo lo positivo impide elaborar el enfado).
    - Valoraremos el riesgo de suicidio: “¿Has pensado quitarte la vida? ¿Cuándo? ¿Cómo? ¿Qué frenos lo impiden?”.

## ■ Investigación & Cuidados

- Culpa, normalmente irracional y centrada en las circunstancias de la muerte.
  - Iniciaremos sesión escribiendo en la pizarra “Culpar no devuelve al fallecido ni reduce el dolor; más bien todo lo contrario”.
  - Confrontación de la responsabilidad con la realidad. Se pregunta “¿qué hiciste? (...)” “¿qué más hiciste? (...)” hasta que lleguen a la conclusión de que hicieron todo lo que se podía hacer en aquellas circunstancias.
  - Técnicas de psicodrama o representación de escenas relevantes respecto a la relación con el difunto o circunstancias de la muerte:
    - Elección de diferentes miembros del grupo para que representen a los individuos a quién el deudo cree que ha fallado.
    - Posteriormente interactúa con cada uno de ellos confesando su agravio y oyendo sucesivamente la respuesta de los “protagonistas” de la historia.
- Ansiedad, bien porque los dolientes se sienten incapaces de continuar y sobrevivir solos, bien por los asuntos no resueltos y cosas que nunca se dijeron.
  - Instarles a que identifiquen qué les causa ansiedad.
  - Dinámica de “la silla vacía”.  
Cada uno expresará frente a una silla vacía como si estuviera sentada la persona que han perdido, cosas no dichas o lo que sienten.
  - Dinámica de “visualización de la despedida”.  
Realizar técnica de relajación muscular progresiva de Jacobson.  
Imaginarsé caminando de la mano de la persona querida. Visualizar divergencia en el camino y separación. Evocar sensación de paz y serenidad.
- Tristeza.
  - El asesor deberá permitir e incluso estimular la tristeza y el llanto.
  - Ayudar a identificar el significado de las lágrimas.
  - Se hará énfasis en que llorar sólo puede ser útil, pero no suele ser tan eficaz como llorar con alguien y recibir su apoyo.
- Se negocia como tarea prescrita la escritura de una carta al fallecido expresando sus pensamientos y sen-

timientos. Les será muy útil para resolver asuntos pendientes y expresar sentimientos que le necesitará decir.

### Sesión 11. Actividades

- Dinámica “Guías del recuerdo”.
- Traen de casa una guía que responde a ¿Cómo era? ¿Qué te gustaba más de él? ¿Qué te gustaba menos de él? ¿Qué es lo que nunca vas a olvidar de él?, ¿Cómo eran sus costumbres?, ¿Qué tipo de bromas te hacía? ¿Qué cosas decía siempre? ¿Qué hacía en su tiempo libre? ¿Qué cualidades de él te gustaría tener tú? ¿Qué defectos preferirías evitar? ¿Si estuvieses frente a él que le dirías?
- Permitirá hablar del difunto y de su historia relacional con él.
- Dinámica “Traer recuerdos de especial significado afectivo para el deudo” (fotos, poesías, cartas escritas por el fallecido, vídeos,...)
- Estimulará recuerdos y emociones.

### Sesión 12. Actividades

- Preparamos el fin del grupo. Traerán de su casa un compromiso realista para con sus compañeros de algo que retomarán, iniciarán o cambiarán.
- Se les reparte un documento con frases e ideas sacadas a lo largo de las sesiones que les ayude como material de consulta.
- Se cierra una tarea de grupo para abrirse nuevamente una tarea individual.

### **3.- “Ayudando al reajuste tras la pérdida”**

#### **Objetivos:**

- Ayudar al doliente a la reorganización, a que aprenda habilidades de afrontamiento, a la toma de decisiones de manera independiente y asumir nuevos roles que siempre fueron función del que ya no está.

### Sesión 13, 14 y 15. Actividades.

- Analizaremos las estrategias de afrontamiento usadas por el deudo en sus momentos difíciles.
- Entrenamiento en estrategias de afrontamiento adaptativas y eficaces:
  - Autocontrol mediante técnicas de relajación y respiración profunda ya aprendidas en el grupo.

- Planificación a través de la resolución de problemas. Le ayudaremos a concretar los problemas, generar alternativas, elegir una opción, ponerla en marcha y evaluar los resultados.
- Búsqueda de apoyo social.
- Entrenamiento en técnicas de asertividad.
- Juego de roles: el asesor juega el rol del familiar, amigo, a quién se le solicita ayuda y el deudo es quién pide de forma asertiva apoyo.
- Reevaluación positiva comprometiéndose a sacar algo bueno de la situación, a aprender de la experiencia, a madurar, a crecer.

#### Sesión 16 y 17. Actividades

- Ayudarle en la identificación de nuevas situaciones que temen. Representarlas mediante Role playing para facilitar o modelar las posibles nuevas conductas.
- “Anticipándonos a fechas particularmente difíciles”(aniversario de muerte, cumpleaños, Navidades, Todos los Santos, vacaciones).
- Responderá a ¿Qué esperan nuestros familiares de nosotros? ¿Hay que cumplir sus expectativas? En otros acontecimientos importantes ¿qué nos hizo sentir bien o qué nos hizo estar mal?
- Se le explicará la importancia de decidir por él mismo y no por la presión de los demás.
- Se le insta a utilizar la asertividad para decir lo que opina y lo que desea hacer. Se le pide que imagine y describa cómo vivirá esa fecha amenazante.
- Planificaremos conjuntamente actividades gratificantes. Nos ayudará preguntarle “¿qué cosas harías que ahora no haces si tu pareja estuviese viva? ¿crees que podríamos recuperar algo de eso?”.
- Se les proporciona una lista de recursos sociales y comunitarios disponibles (talleres de manualidades, de cocina, de gimnasia).
- Se les anima como tarea reorganizar y/o desprenderse de los objetos personales del fallecido.

#### **4.- “Recolocando emocionalmente al fallecido para seguir viviendo”**

##### **Objetivos:**

- Ayudar a encontrar un lugar para el difunto en la vida emocional del deudo.

- Ayudar a decir adiós al fallecido.

##### Sesión Actividades:

- Comentaremos el hecho de que si uno se convence de que no puede seguir sin alguien, de que su vida ha terminado, es muy posible que suceda. El ser humano tiene la capacidad de convertir en realidad sus catastróficas profecías.
- Comentaremos que “la persona en duelo nunca olvida del todo al fallecido y nunca rechaza totalmente su rememoración”.
- Se le pedirá que explique cómo se sentiría en el caso de que establecieran relaciones nuevas. El asesor siempre desde el respeto del sistema de valores de los deudos, desmitificará pensamientos del tipo, “sería una deshonra para la memoria del difunto”, “nadie podrá ocupar su lugar” y le ayudará a darse cuenta de que aún no siendo indispensable hacerlo, es importante saber que es posible, que se puede dar permiso.
- Se le explica que el duelo se habrá completado cuando sea capaz de recordar lo perdido sintiendo poco o ningún dolor, cuando se ha aprendido a vivir sin él/ella, cuando se haya dejado de vivir en el pasado, y se invierta la energía en la vida presente y en los vivos.
- “El camino hacia la recuperación: carta de despedida”. Se le pide que escriba una carta al cónyuge de contenido libre, en la que expresará también sus expectativas de futuro, un futuro en el que ya no está.

#### Anexo 4: Descripción del Asesoramiento Psicológico para el Apoyo Social Inespecífico

##### METODOLOGÍA DE LAS SESIONES

Se realizarán dos sesiones en grupo con una periodicidad quincenal.

Los grupos serán cerrados y de un tamaño de entre diez y doce personas como máximo. Estarán formados por familiares o amigos o cualquier otra persona significativa para el deudo sobre los que pueda apoyarse.

##### DESCRIPCIÓN DE LAS SESIONES

###### Objetivos:

- Conseguir que el apoyo social inespecífico cumpla su función de soporte emocional, a través de un entrenamiento en comunicación eficaz. En la mayoría de las ocasiones existe apoyo emocional pero inadecuado porque a pesar de sus buenas intenciones no saben cómo actuar.
- Aportarle información que les ayude en su propio proceso de duelo.
- Estimular la ventilación de sentimientos y preocupaciones.

###### Sesión 1 y 2. Actividades:

- Dinámica de interacción “Conocernos” a través de las presentaciones del asesor y de todos los participantes.
- Se les aportará información sobre el proceso del duelo, objetivos a conseguir, y actividades.
- Se les explicará la necesidad del deudo de contar reiteradamente la pérdida y la conveniencia de ello para aceptar la realidad. Huir de frases del tipo “no me cuentas lo que ocurrió, ¿por qué te torturas hablando de ello?”.
- Se les enseñan las bases de una comunicación eficaz, sin riesgo de ser malinterpretada: expresar claramente el contenido, claramente un sentimiento y claramente una demanda. Se practica en role-playing por parejas.
- Se les enseña que los sentimientos se podrán manifestar mediante comportamientos y formas de comunicación inadecuadas. De ahí la importancia de no interpretar sino clarificar (“Tengo la impresión de que te sientes..., me gustaría que habláramos de

cómo te sientes, qué es lo que te preocupa, y en qué medida crees que te puedo ayudar”).

- Se enseñarán técnicas de feedback o retroalimentación, actitud empática y auténtica, como técnicas favorecedoras de libre expresión de sentimientos.
- Se les enseña a respetar y aceptar incondicionalmente los sentimientos del doliente, mostrándose con frases como “me parece que estás triste...”, que ayudarán al superviviente a explicarse más claramente y a saber que se les acompaña, huyendo de tópicos distanciantes y nada consoladores (“no te preocupes, todavía te quedan tus hijos, todo irá bien”).
- Se les explicará la importancia de los sentimientos. Lo importante no es el problema, sino como lo está viviendo el familiar.
- Se le explicará que su función no será la de evitar o distraer del dolor sino de acompañarle, de compartir sus lágrimas en lugar de sofocarlas.
- Estimularles a mantener el contacto a lo largo del tiempo, y no limitado sólo a las primeras semanas. Son preferibles las visitas cortas y más frecuentes que las prolongadas y muy distantes. La compañía en silencio es mejor que la soledad y siempre es preferible hacer algo a no hacer nada por el deudo.
- Pasados unos meses, deberán fomentar cualquier iniciativa de reincorporación social y de proyectos de futuro.
- Se les prescribirá que conjuntamente con el deudo principal realicen un libro de los recuerdos sobre el fallecido, con historias sobre acontecimientos familiares, fotografías, dibujos hechos incluso por los niños.
- Se les pedirá no impacientarse por que el deudo supere la pérdida, por volver a una rutina normal o por su no participación en fechas memorables. Darles tiempo para elaborar su duelo.

# Estación de enfermería, primeros pasos en la informatización de cuidados

V Premio CECOVA de Investigación en Enfermería 2007

I Primer otorgado a:

**Autores:** Ángela Garrido Bartolomé\*, Vanessa Sánchez Martínez\*\*, Amparo Muñoz Izquierdo\*\*\*, Antonio Ruiz Hontangas\*\*\*\*, Vicente Octavio Ferrandis Campos\*\*\*\*\*

\* Coordinadora Área de Cuidados y Calidad, \*\* Enfermera Responsable de la Estación de Enfermería KARE,

\*\*\* Enfermera Responsable de la Estación de Enfermería KARE, \*\*\*\* Director de Enfermería

\*\*\*\*\* Director de Enfermería Hospitalización

Consortio Hospital General Universitario de Valencia

## ABSTRACT

We will start with a definition of computer-based patient record (from now on CBPR) by Hita (2005): “the treatment and storage of any patient clinical information (data and documents of any type) by computer means (hardware and software)”.

A part of the patient record is the nursing record, a document including the activities planned and implemented by nurses and all the information obtained through the patient-nurse interaction.

Computerization of nursing records encourages certain aspects of health care assistance, in particular nursing methodology, which very often is not easily identified due to everyday hospital working routine (workload, adjusted times, and gene-

ral pressure rising) leading to an omission of the assessment, diagnosis, planning and evaluation steps in most of the cases. Some authors state that the feasibility of the Nursing Process (PAE) increase if it is computerized, and we agree with Pérez A. (2004), in that by making the PAE standard it moves from the conceptual field to the practical field.

After considering the pros and cons of using a program developed by another institution or rather creating our own one, we finally chose this last option, taking into account that the starting point was to adapt the structure and content of the program to our own situation. The content of nursing assessment was decided by the nurses in a working group from different wards. It resulted in 326 items, including varied

questions and scales which are delimited and some minimum assessment standards were agreed. The nursing record in this program consists of a nursing kardex, an assessment sheet, vital measurement sheet and there is the possibility to add “other information” section. Nowadays, a section for care plans is been developed.

The main purpose of this study is to describe the effect produced after first phase nursing process implementation in a CBPR using as nursing assessment M. Gordon’s functional patterns. The study took place in three different wards of Consorcio Hospital General de Universitario de Valencia.

**Key words:** Care, computerization, records, patient record.

## RESUMEN

Partimos de una definición de historia clínica informática (en adelante HCI). Según Hita 2005, se

entiende por HCI el “almacenamiento y tratamiento de cualquier información clínica (datos y documentos de cualquier tipo) de un

paciente, utilizando medios informáticos (hardware y software)”. Dentro de la historia clínica, el registro de enfermería constituye el

## ■ Investigación & Cuidados

*documento que recoge la actividad que la enfermera ha planificado y realizado, así como toda la información que se genera de la relación enfermera-paciente.*

*La informatización de los registros enfermeros impulsa aspectos de la práctica asistencial, en concreto a la metodología enfermera, que suele quedar eclipsada por el día a día del trabajo en el hospital (cargas de trabajo, tiempos ajustados, presión asistencial en general), quedando omitidas valoración, diagnóstico, planificación y evaluación, en buena parte de los casos. Algunos autores concluyen que el Proceso de Atención de Enfermería (PAE) es más factible informatizado y coincidimos con Pérez A. 2004, en que al estandarizarse el PAE deja de*

*ser conceptual para formar parte de la práctica.*

*Tras haber valorado las fortalezas y debilidades de utilizar un programa elaborado por otra institución o crear uno propio, se escogió la segunda opción, teniendo en cuenta que el punto de partida era dotarlo de estructura y contenidos adaptados a nuestra idiosincrasia. El contenido de la valoración enfermera fue definido por un grupo de trabajo del propio hospital, perteneciente a distintas unidades. El resultado de la misma son un total de 326 ítems, incluyendo escalas y preguntas a distintos niveles, las variables se delimitan, acordándose unos mínimos de valoración para cada unidad de enfermería. La historia enfermera en el programa que nos*

*ocupa consta de una hoja de evolución, una hoja de valoración, una hoja de constantes y una pestaña para agregar lo que se denominó "otros datos". En el momento actual se está dando los últimos retoques a una nueva pestaña, la dedicada a planes de cuidados.*

*El objetivo es describir el efecto de la implantación de la primera fase del Proceso de Atención de Enfermería, utilizando como estructura de valoración de las respuestas humanas los patrones funcionales de M. Gordon, en un registro de HCI, en tres unidades asistenciales del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.*

**Palabras clave:** *Cuidados, Informatización, Registros, Historia Clínica.*

### INTRODUCCIÓN

#### **La informatización. De la vida diaria.**

Cada día es más fácil darse cuenta de que la informática impregna nuestras vidas: desde la obtención de dinero de un cajero automático, pedir la cena en un restaurante, la compra de unas entradas, la programación de la radio, el control de transportes, centralitas telefónicas, casas domóticas o todas las posibilidades que abre a (y expone de) nuestras vidas esa ya indispensable herramienta que es Internet.

#### **De la práctica clínica.**

El campo de la atención sanitaria no podía ser menos, dadas las grandes ventajas que conlleva la informatización respecto a los usos que genera, amplía y facilita de la información. Como ya adelantaba Engelbrecht en 1988, un sistema de información sirve para adquirir, confirmar, almacenar, procesar, evaluar, recuperar y presentar la información, además de con-

trolar su salida respetando la confidencialidad de los datos (1).

Asistimos a la informatización en los hospitales desde muchos frentes: la gestión de las camas o las bases de datos del personal empleado se encuentran entre las más antiguas, mientras la digitalización de la imagen (radiodiagnóstico) se encuentra entre las herramientas más modernas. Pero estas aplicaciones no constituyen específicamente la historia clínica de las personas atendidas en los centros, iniciativa tomada en épocas más recientes por distintas instituciones.

Desde la Dirección de Enfermería de un Hospital de Nivel 3 de la Comunidad Valenciana se implanta en el presente año la informatización del registro enfermero en tres unidades asistenciales.

#### **De la historia clínica.**

Partimos de una definición de historia clínica informática (en adelante HCI). Según Hita 2005, se entien-

de por HCI el “almacenamiento y tratamiento de cualquier información clínica (datos y documentos de cualquier tipo) de un paciente, utilizando medios informáticos (hardware y software)”. A la historia clínica se le pueden dar diversos usos, todos ellos de gran relevancia. En primer lugar debe servir como herramienta de comunicación entre los distintos profesionales que proporcionan la asistencia sanitaria. Otros usos importantes son la investigación y formación, pues la HCI permite seleccionar los casos por presentar distintas características que los hagan interesantes para el aprendizaje o pertinentes para verificar o refutar hipótesis. Los datos contenidos en la HCI también pueden ser empleados para realizar tareas administrativas y de gestión. Y por último la historia puede tener usos legales, básicamente será empleada como prueba de la asistencia sanitaria tanto por el paciente como por el profesional (2).

Desde el punto de vista ético, la HCI representa ventajas frente a la historia clínica tradicional y, aunque existen los mismos retos éticos para ambas (confidencialidad y secreto profesional, consentimiento informado, directrices previas, datos de menores maduros, custodia y acceso a los datos), la HCI tiene más fortalezas (3).

Respecto a la opinión enfermera en cuanto a la HCI, encontramos en la bibliografía casos como el descrito por Llopart en 2005 para una de las áreas de salud de Badalona, Badalona Serveis Assistencials. Según describe el autor en su trabajo, los trabajadores se muestran satisfechos porque se incrementa la cantidad de información generada y el manejo y usos de la misma resultan mucho más ágiles (4). Por otra parte, en el estudio realizado por González (2004) en una UCI donde se instaló el programa CareVue, las enfermeras prefieren el registro informatizado frente al tradicional por ser más completo y proporcionar la posibilidad de disponer y acceder a más información clínicamente útil (5).

Pasos imprescindibles de la informatización de la historia clínica son la formación previa del personal que incluye la actualización de conocimientos en metodología enfermera, y el soporte físico o presencia en las unidades durante las primeras semanas de funcionamiento para proporcionar la ayuda que pueda pre-

cisar el personal y para detectar errores o problemas prácticos que puedan ir surgiendo (6).

### **El registro enfermero en la HCI**

Dentro de la historia clínica, el registro de enfermería constituye el documento que recoge la actividad que la enfermera ha planificado y realizado, así como toda la información que se genera de la relación enfermera-paciente. Los registros de enfermería recogen la información valiosa sobre el paciente y la evolución de su enfermedad, sirviendo de base para obtener una metodología de trabajo más lógica y científica (7). El lenguaje empleado debe cumplir los estándares que se adapten a los requerimientos de cada uno de los fines que se han especificado más arriba y de los colectivos a que van dirigidos. Tal como especifica la Ley 41/2002 básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, la información debe ser: rigurosa, exacta, completa, ordenada, actualizada, veraz, legible y evitar el uso de abreviaturas, símbolos y términos que no sean de uso reconocido (8,9).

La informatización de los registros enfermeros impulsa otros aspectos de la práctica asistencial, en concreto a la metodología enfermera, que suele quedar eclipsada por el día a día del trabajo en el hospital (cargas de trabajo, tiempos ajustados, presión asistencial en general) y a la vista de los registros enfermeros, no se encuentra dentro de nuestra rutina asistencial otro paso del proceso enfermero que la ejecución acompañada de datos meramente administrativos (por ejemplo: “baja a IRM”), quedando omitidas valoración, diagnóstico, planificación y evaluación en buena parte de los casos. De hecho este dato se ve confirmado en la literatura enfermera. Varios centros asistenciales buscan en la informática la herramienta que no sólo ayudará a mejorar los registros, sino que también facilitará las tareas rutinarias. Además algunos autores concluyen que el PAE es más factible informatizado (10) y coincidimos con Pérez 2004 en que al estandarizarse el PAE deja de ser conceptual para formar parte de la práctica (11).

El mero empleo del lenguaje enfermero, herramienta básica de comunicación, requiere disponer de él informatizado, de lo contrario no puede resultar via-

## ■ Investigación & Cuidados

ble: cargados en la práctica asistencial y cargados de libros para registrar nuestros datos, la informática agiliza las búsquedas y permite seleccionar la parte del texto que nos interesa para hacerla constar en la historia clínica (12).

### **Cómo se hizo**

El proceso de implantación de la HCI implica, en primer lugar, la selección de un programa, una herramienta que resulte de utilidad y se adapte a las necesidades de la práctica asistencial en el entorno hospitalario. Tras haber valorado las fortalezas y debilidades de utilizar un programa elaborado por otra institución o crear uno propio, se escogió la segunda opción, teniendo en cuenta que el punto de partida era dotarlo de estructura y contenidos adaptados a nuestra idiosincrasia.

La historia enfermera en el programa que nos ocupa consta de una hoja de evolución, una hoja de valoración, una hoja de constantes y una pestaña en que agregar lo que se denominó "otros datos". En el momento actual se está dando los últimos retoques a una nueva pestaña, la dedicada a planes de cuidados.

### **Valoración enfermera informática: patrones funcionales**

Como punto de partida se elaboró una valoración enfermera estructurada por patrones funcionales de salud de Marjory Gordon, común para todas las unidades de hospitalización, lo que la hace muy completa. El contenido de la valoración enfermera fue definido por un grupo de trabajo del propio hospital, perteneciente a distintas unidades y que fue constituido específicamente a este efecto, mediante reuniones periódicas. El resultado de la misma son un total de 326 ítems, incluyendo escalas y preguntas a distintos niveles. En cada valoración que se realice no es preciso valorar todos los patrones funcionales, ni todas las variables dentro de cada uno, sino que se delimitan para cada unidad unos mínimos de valoración inicial, que será cumplimentada en las primeras 24 h. De cada uno de los patrones se seleccionaron unos ítems determinados porque se consideró que la presencia de ciertas circunstancias en el paciente debía llevar al sistema a la creación de alertas por la existencia de algún elemento que pueda requerir atención enfermera especial o que

la persona presente alguna característica considerada disfuncional a priori (es decir, que se trate de datos que generan algoritmos diagnósticos, procedimientos o planes de cuidados). En el anexo 1 se detallan los ítems que componen los mínimos de valoración inicial de cada una de las tres unidades de hospitalización en que se ha implantado la HCI.

### **Hoja de evolución informática**

La hoja de evolución enfermera del programa alberga información escrita por el personal de enfermería directamente como evolución y también proporciona aquellos datos recogidos en la valoración enfermera que, como se explica más arriba, representan disfunciones o requieren atención enfermera específica, de forma que no sea necesario acudir a la lectura de la valoración para conocer aquellos datos más relevantes para el cuidado.

### **Otros datos**

Este apartado recoge por el momento el nombre del médico responsable y el nivel de dependencia que presenta el paciente, si bien se prevé ampliar su contenido en breve para recoger algunos otros datos clínicos y administrativos relevantes. Se establecen, como se ha citado, tres niveles de dependencia; a falta de escalas válidas y viables en nuestro medio, la forma de asignar el nivel de dependencia fue acordada en cada una de las unidades a nivel interno, buscando cada una su propio criterio. Piénsese en la diferencia entre una dependencia de grado máximo en la unidad de Neurología y compárese con la de Psiquiatría.

## **OBJETIVOS**

### **General**

Describir el efecto de la implantación de la primera fase del Proceso de Atención de Enfermería, utilizando como estructura de valoración de las respuestas humanas los patrones funcionales de M. Gordon, en un registro de Historia Clínica Informática (HCI), en tres unidades asistenciales del Consorcio Hospital General Universitario de Valencia.

### **Específicos**

1. Cuantificar el número de patrones funcionales evaluados, y aquellos que se consideran no pertinentes



- HCI, en tres unidades asistenciales de un hospital de nivel 3 en la Comunidad Valenciana.
2. Describir el número de registros realizados en la gráfica de constantes de la HCI .
  3. Cuantificar el número de pacientes que tienen evaluado el nivel de cuidados en la HCI.
  4. Describir el tipo de notas generadas en la hoja de evaluación de la HCI.
  5. Describir el nivel de formación en Metodología de Enfermería (enfermeras y auxiliares de enfermería, PE), de un hospital de nivel 3 en la Comunidad Valenciana.
  6. Conocer las expectativas que genera la HCI .
  7. Conocer el nivel de acuerdo de los PE con la siguiente afirmación: “Participar en el desarrollo de los Planes de Cuidados contribuye a aumentar las habilidades de los profesionales de enfermería”.

## METODOLOGÍA

Este trabajo combina varios métodos de investigación que se enmarcan dentro de los estudios descriptivos:

- Estudio de corte de los registros realizados en los pacientes ingresados en las tres unidades de hospitalización, los cuatro viernes del mes de julio del 2007.
- Encuesta auto-cumplimentada a profesionales de enfermería (enfermeras y auxiliares de enfermería, PE) que ha asistido al curso de formación.

La población incluida en el estudio corte son los registros generados por los PE en las HCI, en las tres unidades asistenciales (Neurología, Neurocirugía y Psiquiatría), donde se está trabajando con este soporte de registro, durante el mes de julio del 2007.

La población incluida en la encuesta son todos los profesionales que acudieron al curso de formación en valoración y manejo de la HCI durante el año 2007, 321, de los cuales contestaron el cuestionario 282, un 88%.

Las variables incluidas en el estudio son:

- Los patrones funcionales de M. Gordon, adaptados a nuestro entorno asistencial por un grupo de expertos de nuestro hospital, definidos en ellos el conjunto de datos mínimo a evaluar en cada unidad asistencial (anexo1). Para cada patrón funcional (PF) se han establecido las siguientes categorías:
  - Valorado, que implica que se han evaluado de cada patrón concreto, aquellas variables consideradas pertinentes por el personal enfermero. En gran parte de los casos estos parámetros evaluados en cada PF, son los mínimos establecidos para cada dimensión funcional de los pacientes.
  - No pertinente, esta opción indica que, atendiendo al juicio clínico realizado para cada PF, se observa que no contiene información relevante para los cuidados de enfermería, así como tampoco proporciona la información clínica necesaria.
  - No valorado, esta categoría indica ausencia de información sobre los once PF que constituye la valoración. En 8 casos están incluidos los pacientes que hacía menos de 12 horas que habían ingresado.
- Número de registros realizados en las gráficas de las HCI de los pacientes incluidos en el estudio.
- Nivel de cuidados, siendo ésta una variable de naturaleza ordinal con tres categorías:
  - Paciente que es independiente
  - Paciente con dependencia moderada
  - Paciente con dependencia moderada
  - También una cuarta, que se considera una opción no ordinal y que representa aquellos casos donde al nivel de cuidados no se le ha asignado ningún valor.
- Cuestionario auto-cumplimentado que se presenta en el anexo 2, encontramos preguntas sociodemográficas, aspectos relacionados con el nivel de conocimientos sobre metodología enfermera y expectativas generadas en los PE por la implantación de la HCI.

## Análisis de los resultados:

El análisis cuantitativo se ha realizado con el paquete estadístico SPSS 11.0, calculando las frecuen-

## ■ Investigación & Cuidados

cias relativas de los datos. En las variables cuantitativas se ha estudiado la normalidad de la distribución empleando la prueba de Kolmogorov-Smirnov, encontrándose diferencias estadísticas con una distribución Normal. Por este motivo en los resultados se comenta el valor de la mediana y los intervalos de confianza al 95%, la descripción más detallada se presenta en tablas. Se han estudiado las diferencias que existen entre las tres unidades y los PF valorados, empleando el Chi-cuadrado de Pearson, para un nivel de confianza del 95%, asumiendo el nivel de significación para un valor p inferior a 0.05. También se ha valorado la existencia de diferencias entre las tres unidades y los niveles de cuidados, empleando la misma prueba. Dado el tamaño de la muestra estudiada en todos los casos se cumplen las condiciones de aplicación de la prueba.

En el análisis cualitativo se han identificado las unidades de sentido presentes en las narraciones realizadas por escrito en la encuesta auto-cumplimentada, por los profesionales de enfermería. Las opiniones manifestadas han sido agrupadas en 11 y 10 unidades de sentido, presentamos los valores absolutos, en cada una de ellas presentamos transcripciones literales, para indicar los criterios de agrupación.

### RESULTADOS

Se han estudiado un total de 358 registros. El 36% corresponde a la unidad asistencial de Neurología, el 41% a la unidad de Neurocirugía y el 23% a la de Psiquiatría.

En la unidad de Neurología no sólo ingresan pacientes de esta especialidad médica, sino que también lo hacen de Cardiología y Hemodinámica. La unidad de Neurocirugía también acoge otras especialidades, en concreto Otorrinolaringología y Dermatología. En la unidad de Psiquiatría únicamente ingresan pacientes de esta especialidad.

La población del presente estudio son los registros de enfermería correspondientes a los pacientes; 8 de los casos estudiados corresponden a pacientes que hacía menos de 12 horas que habían ingresado, por lo que al encontrarse en las primeras 24 horas posteriores del ingreso están dentro del periodo de realización valoración inicial.

### Análisis de cumplimentación de la valoración por Patrones Funcionales de Salud.

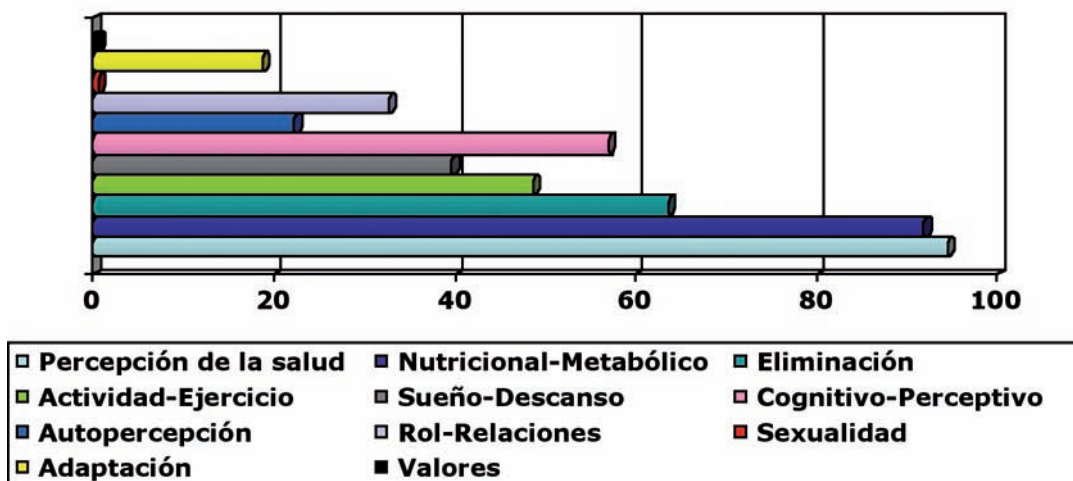
A continuación se describe la frecuencia de valoración de los patrones funcionales en las distintas unidades, ofreciendo los datos ordenados por frecuencias de mayor a menor.

En la unidad de Neurología el patrón más frecuentemente valorado es el de Percepción y Manejo de la salud, seguido de Nutricional-Metabólico, Eliminación, Actividad-Ejercicio, Cognitivo-Perceptivo, Sueño-Descanso, Rol-Relaciones y Auto percepción-Autoconcepto. Los patrones Adaptación-Tolerancia al estrés, Sexualidad-Reproducción y Valores y Creencias no se han considerado pertinentes en ningún paciente. En la unidad de Neurocirugía los patrones que se han valorado con mayor frecuencia son, por orden: Percepción y manejo de la salud, Nutricional-Metabólico, Eliminación, Cognitivo-Perceptivo, Actividad-Ejercicio, Sueño-Descanso, Auto percepción-Autoconcepto, Adaptación-Tolerancia al estrés, Rol-Relaciones y Sexualidad-Reproducción. El patrón de Valores y Creencias no se ha considerado pertinente en ningún paciente. En la unidad de Psiquiatría el orden es el siguiente: Percepción y manejo de la salud, Nutricional-Metabólico, Eliminación, Rol-Relaciones, Auto percepción, Cognitivo-Perceptivo, Adaptación-Tolerancia al estrés, Sueño-Descanso. Los patrones de Sexualidad-Reproducción y Valores y Creencias no se han considerado procedentes en ningún paciente durante el periodo analizado.

Si consideramos en conjunto de las tres unidades (gráfico 2), los patrones valorados por orden de frecuencia son:

- Percepción y Manejo de la salud: 94%
- Nutricional-Metabólico: 92%
- Eliminación: 64%
- Cognitivo-Perceptivo: 57%
- Actividad-Ejercicio: 49%
- Sueño-Descanso: 40%
- Rol-Relaciones: 33%.
- Auto percepción-Autoconcepto: 22%
- Adaptación-Tolerancia al estrés: 19%.
- Sexualidad-Reproducción: 0.6 %
- Valores y creencias: 0.6 %.

**Grafico 2: Prevalencia de los patrones evaluados en las tres unidades**



El resultado de las diferencias estadísticamente significativas puede consultarse en la tabla 4. Los patrones Percepción y Manejo de la salud y Nutricional-Metabólico no presentan diferencias estadísticamente significativas entre las distintas unidades. El patrón de Eliminación es mucho más valorado en la unidad de Neurología, al igual que el de Actividad-Ejercicio. Sueño-Descanso tiene un porcentaje similar en las uni-

dades de Neurología y Psiquiatría. El patrón Cognitivo-Perceptivo se valora con mayor frecuencia en Neurología. El patrón de Autopercepción-Autoconcepto es más valorado en Psiquiatría que en el resto de unidades, al igual que ocurre con los de Rol-Relaciones y Adaptación-Tolerancia al estrés. Sexualidad-Reproducción y Rol-Relaciones sólo ha sido valorado en 2 casos en la unidad de Neurocirugía.

**Tabla 4: Distribución de los Patrones Funcionales según las unidades asistenciales y las diferencias estadísticas**

Patrones funcionales/ Unidades asistenciales	Valorado*	No pertinente *	No valorado*	Chi-cuadrado, **/significación, ***
<b>Percepción de la salud</b>				5.762 0.350
Neurología	36.4	0.0	50.0	
Neurocirugía	40.2	66.7	42.9	
Psiquiatría	23.4	33.3	7.1	
<b>Total</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	
<b>Nutricional-Metabólico</b>				7.064 0.133
Neurología	37.1	0.0	32.0	
Neurocirugía	40.4	25.0	48.0	
Psiquiatría	22.5	75.0	20.0	
<b>Total</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	
<b>Eliminación</b>				186.453 0.000
Neurología	52.2	0.0	8.9	
Neurocirugía	14.5	57.1	88.6	
Psiquiatría	33.3	42.9	2.4	
<b>Total</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	

## ■ Investigación & Cuidados

Patrones funcionales/ Unidades asistenciales	Valorado*	No pertinente *	No valorado*	Chi-cuadrado, **/significación, ***
<b>Actividad-Ejercicio</b>				304.658 0.000
Neurología	66.1	4.4	9.4	
Neurocirugía	10.9	11.1	87.8	
Psiquiatría	23.0	84.4	2.9	
<b>Total</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	
<b>Sueño-Descanso</b>				195.127 0.000
Neurología	45.8	64.1	15.8	
Neurocirugía	11.3	9.4	81.6	
Psiquiatría	43.3	26.6	2.6	
<b>Total</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	
<b>Cognitivo-Perceptivo</b>				201.800 0.000
Neurología	56.4	15.0	9.0	
Neurocirugía	12.3	25.0	86.6	
Psiquiatría	31.4	60.0	4.5	
<b>Total</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	
<b>Auto percepción</b>				351.178 0.000
Neurología	7.5	83.0	25.0	
Neurocirugía	6.3	9.6	71.7	
Psiquiatría	86.3	7.4	3.3	
<b>Total</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	
<b>Rol-Relaciones</b>				244.240 0.000
Neurología	37.6	74.2	21.1	
Neurocirugía	2.6	16.7	75.4	
Psiquiatría	59.8	9.1	3.4	
<b>Total</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	
<b>Sexualidad-Reproducción</b>				196.880 0.000
Neurología	0.0	52.1	18.9	
Neurocirugía	100.0	6.5	78.1	
Psiquiatría	0.0	41.4	3.0	
<b>Total</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	
<b>Adaptación-Tolerancia al estrés</b>				39.536 0.000
Neurología	0.0	76.4	25.4	
Neurocirugía	7.5	10.9	71.3	
Psiquiatría	92.5	12.7	3.3	
<b>total</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	
<b>Valores-Creencias</b>				196.880 0.000
Neurología	0.0	63.6	24.7	
Neurocirugía	100.0	9.1	72.0	
Psiquiatría	0.0	27.3	3.2	
<b>Total</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	<b>100.0</b>	

\*Dado que las frecuencias absolutas se muestran en las tablas 1,2, y 3, aquí solo presentamos los porcentajes. \*\* Valor de Chi-cuadrado de Pearson. \*\*\* Valor p de significación estadística al 95% de confianza.

**Registros realizados en la gráfica de constantes**

Se ha contabilizado el número de tomas de constantes realizadas para cada registro. Esta variable no sigue una distribución normal, por lo que se dan los resultados de la mediana y los intervalos de confianza de la media (en adelante IC). Los datos expuestos se refieren al total de registros de las tres unidades consideradas independientemente. La mediana de la unidad de Neurología es 16 tomas de constantes (IC del 95%, 25-37). Para la unidad de Neurocirugía la mediana es 9 tomas de constantes (IC del 95%, 15-23). La mediana de la unidad de Psiquiatría es 14 tomas de constantes (IC del 95%, 13-22). La tabla número 5 presenta una descripción más ampliada de estos datos, y el gráfico 2 muestra el diagrama de cajas para las tres unidades con los valores atípicos.

**Notas de Evolución**

Esta variable tampoco presenta una distribución normal, de forma que se presentarán los valores de la mediana acompañados del IC de la media. En la unidad de Neurología la mediana son 13 registros (IC del 95%, 19-29). En la unidad de Neurocirugía la mediana son 7 registros (IC del 95%, 12-17). En Psiquiatría la mediana son 26 registros (IC del 95%, 24-33). La tabla 7 amplía estos datos.

El gráfico 5 muestra la distribución de los registros por unidades.

**Datos obtenidos de la encuesta previa al programa de formación en el manejo del programa.**

Se han estudiado un total de 282 encuestas previas al plan de formación en el manejo del programa, de un total de 321 personas que lo han realizado, cifras que suponen el 88%, y el 50% del total personal de enfermería asistencial, 562, que componen el personal de enfermería asistencial del hospital.

La cumplimentación de la encuesta se realizaba al inicio de la 1ª sesión de las clases.

El 80% de la población son mujeres (226), el 13% son hombres (27) y un 7% no responde (19).

Respecto al año de finalización de los estudios de formación pregrado, el 23% se formaron antes de 1980, año en que se produce el cambio de titulación de ATS a DUE. El 29% se formó entre 1981 y 1990. El

34% se formó entre 1991 y 2000. Y el 14% se formó con posterioridad al 2000.

Analizando la formación de posgrado en metodología de enfermería, el 60% del total no ha respondido a esta pregunta, el 34% afirma no haber hecho cursos de formación en metodología enfermera y el 6% sí reconoce haberlos hecho.

Un 57% de los profesionales no ha trabajado con planes de cuidados, el 31% afirma haberlo hecho y el 12% no contesta, gráfico 6.

**CONCLUSIONES:**

En el Hospital General Universitario de Valencia, enfermería en tanto que colectivo profesional destaca como pionera en la informatización de la HCI, gracias a la ilusión y la creencia de su Dirección en la factibilidad del proyecto.

El hecho de haber iniciado la informatización de toda la documentación enfermera antes de la de otros colectivos del hospital limita la práctica en algunos aspectos, al tiempo que la impulsa en otros. En concreto, la historia tradicional sigue siendo la empleada por el personal médico, y esto hace depender a enfermería de ella para poder consultar datos relevantes para el cuidado. En sentido inverso, otros servicios han informatizado su trabajo con anterioridad, con lo que se reducen las retenciones que el empleo de la tecnología genera en el personal: dependencia de la informática para poder obtener la información relevante sobre tratamientos, órdenes y evolución médica.

Resulta un elemento a destacar la actitud del personal de enfermería respecto a la HCI en la inmensa mayoría de los casos, al igual que la del personal médico, que se ha enfrentado también al cambio de sistema de registro.

Desde las tres unidades en que se halla implantado en la actualidad el programa se han vivido las dificultades, sobre todo técnicas, que acompañan a los inicios de cualquier cambio de esta magnitud: lentitud del programa -con el entorpecimiento de un trabajo que ya supone una exigencia elevada-, fallos puntuales en el funcionamiento de las redes inalámbricas o de los ordenadores portátiles, necesidad de emplear y disponer de una contraseña, carros que no siempre resultaron los más ágiles y apropiados. Aun así, en la línea

comportamental de la enfermería a lo largo de la historia -siempre dispuesta a asumir el esfuerzo que supone el cambio para una mejor atención al paciente- la respuesta del personal ha permitido superar muchas de estas dificultades que ya están en proceso de resolución.

La primera conclusión que se puede extraer de los resultados es que en este hospital la enfermería está realizando un gran esfuerzo y apostando por un cambio en el registro de su práctica asistencial.

El hecho de haber informatizado el registro ya supone cambios que implican mejoras en la calidad del registro, pues se incluye automáticamente el nombre de la persona que escribe los datos y el momento en que lo hace. La hora de introducción consta tanto en la valoración como en la evolución y la introducción de constantes.

También se han producido cambios muy importantes en la parte activa del registro enfermero, que sí implican un cambio actitudinal del personal de enfermería. En ninguna de las tres unidades asistenciales se realizaba valoración enfermera por patrones funcionales, aunque sí se realizaba una valoración por necesidades de Henderson en Neurología, en Neurocirugía se recogían datos clínicos y en Psiquiatría se realizaba una recogida de datos clínicos y administrativos al ingreso.

En las tres unidades se han producido cambios en la cumplimentación de la historia de enfermería. Los cambios en el registro vienen dados por la metodología de trabajo que marca la HCI, que inserta el proceso enfermero en la práctica diaria partiendo de una valoración por patrones funcionales.

La hoja de valoración al ingreso alcanza unos niveles de cumplimentación que son diferentes para las tres unidades asistenciales en que se ha realizado el estudio.

Los patrones más valorados en las tres unidades asistenciales consideradas en conjunto son claramente aquellos que más afectan a nuestra práctica diaria: Percepción y Manejo de la salud, Nutricional-Metabólico y Eliminación. Les siguen Cognitivo-Perceptivo, Actividad-Ejercicio y Sueño-Descanso. Incluyen el patrón Cognitivo-Perceptivo y este dato puede requerir una aclaración. Las tres unidades se

dedican a las Neurociencias y para ellas resulta de gran importancia la valoración del estado de conciencia y cognitivo de la persona.

Las diferencias que se aprecian están relacionadas con la idiosincrasia de cuidados de cada unidad asistencial. Los patrones Autopercepción-Autoconcepto, Rol-Relaciones y Adaptación-Tolerancia al estrés son valorados más frecuentemente en la unidad de Psiquiatría que en las otras dos.

La HCI incluye también una valoración del nivel de cuidados que, como ya se ha comentado en la introducción, es determinado en base a un criterio acordado en cada unidad, y está siendo determinado en un elevado porcentaje de los casos. Su cumplimentación, al igual que cada registro que se realiza en la historia, es voluntaria, y del hecho de que sea valorado se podría deducir que resulta un método válido para conocer de un vistazo el estado global de los pacientes ingresados en la unidad y útil para planificar el trabajo.

De las expectativas hacia el curso de formación y la informatización se desprende que la respuesta mayoritaria hacia la HCI es el optimismo y el deseo de mejorar del personal de enfermería. Del contraste estos datos con los sociodemográficos (edad media del personal de 43 años y media de años de ejercicio profesional de 17 años) se confirma la actitud positiva y generosa del personal de enfermería, lejos de sugerir un colectivo acomodado y quemado de la práctica.

### **El futuro inmediato: los planes de cuidados**

Ya se está trabajando en el desarrollo de un apartado de planes de cuidados para que sean incluidos en la aplicación. Se espera que sea ésta la parte del programa que aporte mayor coherencia y sentido a la nueva forma de registro, pues el programa dará la opción de planificar cuidados en función de los datos que se aporten en la valoración enfermera o bien de aquellas órdenes médicas que conlleven atenciones especiales previsibles para un paciente determinado. Los planes de cuidados genéricos serán elaborados de forma consensuada con el personal de enfermería de las distintas unidades del hospital, de forma que sean elaborados en base a la evidencia disponible y posteriormente adaptados a la práctica diaria profesional. Los planes de cuidados y también los procedimientos serán incluidos dentro del

programa, se realizarán empleando en la medida de lo posible la terminología enfermera más utilizada a nivel internacional. Se decidió emplear la creada por NANDA, NIC y NOC de entre las disponibles por ser la de mayor difusión internacional y por estar el personal del hospital más familiarizado con ellas.

## BIBLIOGRAFÍA

- Engelbrecht R. Informatización en los hospitales. *Rev Rol Enf* 1988; 119-120: 94-102.
- Hita de la Torre G. Ventajas de la Historia Clínica Informática. *Todo Hospital*. 2005; 215:165-171.
- García C, Orgando B. Aspectos éticos de la informatización de la historia clínica. *Enferm científica*. 2004; 270-271: 39-43.
- Llopart JR. Resultados de la informatización global en una organización sanitaria. *Todo Hospital*. 2005; 218: 404-8.
- González JA, Cosgaya O, Simón MJ, Blesa AL. Registros de enfermería: convencional frente a informatizado. *Unidad de cuidados críticos. Enferm Intensiva*. 2004; 15(2): 53-62.
- Flores E, Álvarez P, Velasco M, Arco S, Bultó C, Serrat J. Plan de formación previo a la implantación de registros informatizados. *Metas de Enferm*. 2004; 7(9): 6-10.
- Marco A, Fonfría C, Fonfría R, Bellver C, Fusté D, Muñoz A. Aplicando el nuevo rol de enfermería. *Inves y cuidados*. 2003; 1(1): 12-21.
- Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. *Ley 41/2002, de 14 de noviembre. Boletín Oficial del Estado, nº 274 (15-11-2002)*
- Olmo SM, Casas L, Mejías A. El registro de enfermería: un sistema de comunicación. *Enferm Clín*. 2007; 17(3):142-5.
- Irisarri E, Rodríguez MJ, González MI, Arnedo S, Zubieta C, Varea AL. Informatizar la aplicación del PAE. *Rev Rol Enf*. 2001; 24(6): 415-420.
- Pérez A, Frías S, Fernández R. De proyecto a realidad. *Rev Rol Enf*. 2004; 27(3): 175-6.
- Gómez C, Esain A, Fina P, Guembe I, Fernández L, Narvaiza MJ. Interrelación entre NANDA, NOC, NIC. Estudio piloto, valoración de un documento de enfermería. *Rev Rol Enf*. 2006; 29(7-8): 501-506.
- Rubio Sevilla JC, Arribas Espada JL. Manual básico del programa Gacela. [monografía en Internet]. Toledo: Complejo hospitalario de Toledo. Dirección de Enfermería; [acceso el 10 de agosto de 2007]. Disponible en: <http://espanol.geocities.com/profesoradrago/procedimientos.htm>
- Sánchez N, Reigosa LF. Selene. Informatización de la historia clínica electrónica: implicación sobre el proceso de enfermería. *Enfermería Global* [revista en Internet] 2006 mayo [acceso 10 de agosto de 2007]; N°8. Disponible en <http://www.um.es/esglobal/8/08g02.html>
- Azahar. Gestión informatizada de los cuidados. Módulo clínico de cuidados. Consejería de Salud. Dirección de Enfermería. Hospital Reina Sofía.
- La Salud Vasca evoluciona y extiende e-osabide. *Vnnet.es*. [Internet] Jueves 15 de marzo de 2006; Innovación. [acceso el 10 de agosto de 2007]. Disponible en: <http://www.vnnet.es/Actualidad>
- Ruiz FJ, Alegría A. Sistema de información clínica en unidad de cuidados intensivos. *Enfermería Global*. 2002. N°1.
- Generalitat Valenciana. La historia clínica única ya es una realidad en 63 centros de salud de la Comunidad Valenciana. *Actualitat del Consell*. [Internet] 10 de abril de 2005 [consultado el 10 de agosto de 2007]. Disponible en: <http://www.pre.gav.es/portaveu/>
- Igea M, Lozano Y, González R. Implantación de la metodología enfermera en los sistemas informáticos de Atención Primaria. *Enfermería Global*. 2005. N°6.
- Junta Directiva de SEAPA. El programa OMI-AP. *Enferm Clín*. 2001; 11(4): 44.
- Pérez C, Macián M, García P, Álvarez S, Fernández JR, Sánchez F et al. "Adaptación de la Guía práctica clínica de cuidados de enfermería al programa informático OMI-AP". *Enferm Clín* 2004; 14 (1): 46-50.
- Servicio Andaluz de Salud. *Diraya Historia Digital de Salud del Ciudadano* [monografía en Internet]. 2004
- SESCAM Recursos Humanos. El SESCOAM acerca las ventajas de la historia clínica electrónica a centros de salud de Ciudad Real. [acceso 10 de agosto de 2007] Disponible en: <http://seccam.jccm.es/web/recursoshumanos>
- Román M, Campos A, Viñas C, Palop R, Zamudio A, Domingo R et al. Las taxonomías enfermeras NANDA, NOC y NIC en la práctica asistencial hospitalaria. *Enferm Clín*. 2005; 15(3): 163-6.
- Gómez R. Implantación de una hoja de acogida y valoración de enfermería. *Nursing*. 2004; 22(10): 66-75.
- Fernández MA, Gómez J, Gabaldón E, Domingo M, Torres M y Terrés C. Evaluación del impacto de las intervenciones realizadas para mejorar el registro de valoración de enfermería al ingreso. *Enferm Clín*. 2003; 13(3): 137-44.
- Muñoz A, Puchades A, Marco A, Bou A, Sánchez F, Pérez J et al. Internet y enfermería: qué consultas hacemos. En: *X Encuentro Internacional de Investigación en Enfermería*. Albacete: isccii; 2006. p. 52-54.

## Investigación & Cuidados

### FARMACOLOGÍA PARA ENFERMERAS

Consuelo Rodríguez Palomares.  
MCGRAW HILL  
2007

El profesional de enfermería es uno de los ejes indispensables para el buen ejercicio de las ciencias de la salud, es el eje de la formación de grupos interdisciplinarios, pues su acción se ejerce sobre el paciente, familiares y médicos. El éxito terapéutico muchas veces recae en la responsabilidad de la enfermería para ser llevado a la práctica. Es un hecho, que gran parte de los casos de mala práctica en enfermería se debe a la confusión de dosis y fre-

cuencia de aplicación, lo cual puede ser evitado de forma eficaz conociendo las indicaciones y dosificaciones.

Este libro contiene no sólo la información más importante en materia de farmacología, en un lenguaje sencillo para las estudiantes de enfermería, sino toda una gama de posibilidades para el manejo adecuado de medicamentos.



### FARMACOLOGÍA EN ENFERMERÍA

Piedad Pradillo García.  
Editorial: DAE. Colección:  
ENFERMERÍA SIGLO 21

Magnífico tratado realizado por los principales especialistas enfermeros de nuestro país. Este texto constituye una de las mejores aportaciones en el

campo de los cuidados de Enfermería en el área de Farmacología. La adecuada elección de sus capítulos, la estructura de estos, así como el lenguaje utilizado, reflejan la gran experiencia y calidad científica de quienes han participado en él.

El texto está dirigido a cualquier profesional que desee iniciar o ampliar su formación, o simplemente consultar este campo de la Farmacología en Enfermería, bien sea profesional o estudiante, dirigido no solamente sobre el qué hacer, sino también sobre el porqué hacer.

### FARMACOLOGÍA Y PRÁCTICA DE ENFERMERÍA

Enrique Pacheco del Cerro  
Editorial Masson  
Madrid 2003

Trata sobre farmacología, acciones y propiedades de los fármacos en el organismo, y sobre farmacovigilancia, tema que interesa principalmente a las enfermeras. Desarrolla las actividades enmarcadas en: \*Diagnósticos de Enfermería (taxonomía NANDA). \*Intervenciones más representativas (clasificación NIC). \*Criterios de resultados (clasificación NOC). Tras unos principios generales, el libro incide en los sistemas nerviosos autónomo y central, farmacología de la anestesia, mediadores celulares de la inflamación, farmacología cardiovascular, aparato respiratorio, medio interno, aparato digestivo, farmacología hormonal, procesos infecciosos y procesos neoplásicos. Útil como libro de consulta para estudiantes de enfermería, así como libro de referencia para profesionales que deseen ampliar conocimientos o mantenerse al día.

La presente obra es una novedad dentro de la Serie Manuales de Enfermería. Trata sobre farmacología, ciencia que estudia las propiedades y acciones de los fármacos en el organismo, ciencia multidisciplinaria, a la cual está vinculada la enfermería y depende de los medicamentos en cuanto a sus acciones y a su concepción de salud. El propio avance de la enfermería ha llevado a diferenciar sus aspectos de actuación, así como su ámbito de actuación. Para la enfermera, la farmacología sólo es una herramienta. El medicamento, pensando en la enfermería centrada en la perso-

na, el cuidado, el entorno y las experiencias de salud, no es una parte esencial de ella, aunque sí de los tratamientos que aplica. Las actuaciones en enfermería son muy variadas y sobre ellas se definen y caracterizan las acciones individuales que deben llevarse a cabo. Así pues, se desarrollan las actividades enmarcadas en los diagnósticos de Enfermería (según la taxonomía NANDA), las intervenciones más representativas que son acciones de Enfermería (según la clasificación NIC) y los criterios de resultados (según la clasificación NOC). En los capítulos introductorios se describen y desarrollan las funciones del profesional de enfermería en farmacología según la concepción del Profesor Beneit, desde los últimos años setenta hasta el momento actual, sobre las acciones y responsabilidades específicas en esta materia. El libro incide en los sistemas nervioso autónomo y nervioso central, para pasar a continuación a tratar la farmacología de la anestesia; los mediadores celulares de la inflamación; la farmacología cardiovascular; la del aparato respiratorio; la del medio interno; la del aparato digestivo; la farmacología hormonal; la de los procesos infecciosos y la de los procesos neoplásicos. Puede utilizarse como libro de consulta para estudiantes que cursen estudios de enfermería, así como libro de referencia para profesionales que deseen ampliar conocimientos o mantener al día los adquiridos.





## VI JORNADAS INTERNACIONALES DE CULTURA DE LOS CUIDADOS. IX REUNIÓN DE INVESTIGACIÓN CUALITATIVA

**Lema:** Familia, cultura y cuidados: de la diversidad a la particularidad.

**Fecha:** 12 y 13 de Junio de 2008

**Lugar:** UNIVERSIDAD DE ALICANTE

**Más información:** [www.npmundo.com/congresos](http://www.npmundo.com/congresos)

Tlfno.: 965228297 fax: 965135787

## II JORNADAS DE ENFERMERÍA DE ACTUALIZACIÓN EN DIABETES DE LA COMUNIDAD VALENCIANA

**Lugar:** SANT JOAN (ALICANTE)

**Fecha:** 29 de Mayo de 2008

**Más información:** tlfno.: 965121372 - 965123622

Fax: 965228407 - [www.enferalicante.org](http://www.enferalicante.org)

## IV CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA SOCIO SANITARIA

**Lema:** Ciencia y conciencia.

**Lugar:** BARCELONA

**Fecha:** 14, 15 y 16 de Mayo de 2008

**Más información:** [ensociosanitaria@viajeseci.es](mailto:ensociosanitaria@viajeseci.es)

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

tlfno.: 912042600 - fax: 915473324

## IV JORNADAS DE LA SOCIEDAD CIENTÍFICA ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA (SCELE)

**Lema:** Gestión de los cuidados en las enfermedades crónicas.

**Lugar:** VILLA UNIVERSITARIA "UNIVERSIDAD DE ALICANTE"

**Fecha:** 14 y 15 de Mayo de 2008

**Más información:** [www.scele.org](http://www.scele.org)

## XIX JORNADAS DE INTERRELACIÓN

**Lema:** El cuidado de enfermería, un proceso continuado entre niveles.

**Lugar:** ALGUEÑA (Alicante)

**Fecha:** 21 y 22 de Mayo de 2008

**Más información:** tlfno: 966989085 fax: 965398173

[www.interrelaciondeenfermeria.org](http://www.interrelaciondeenfermeria.org)

## XXIX CONGRESO NACIONAL DE ENFERMERÍA EN CARDIOLOGÍA

**Lema:** Con la fuerza de la vida.

**Lugar:** ZARAGOZA

**Fecha:** 7, 8 Y 9 DE MAYO DE 2008

**Más información:** tlfno: 981216416 - fax: 981217542

e-mail: [secretaria@congrega.es](mailto:secretaria@congrega.es)

## II JORNADAS NACIONALES DE ENFERMERÍA EN CUIDADOS NATURALES Y TERAPIAS HOLÍSTICAS

**Lema:** Los cuidados integrales para mantener la salud.

**Lugar:** SANTA POLA (ALICANTE)

**Fecha:** 31 de Mayo de 2008

**Más información:** tlfno.: 965123622 /965121372

fax:965228407 - [www.enferalicante.org](http://www.enferalicante.org)

## III CERTAMEN NACIONAL DE ENFERMERÍA RAQUEL RECUERO DÍAZ

**Lema:** Caminamos para el desarrollo profesional.

**Lugar:** TALAVERA DE LA REINA

**Fecha:** 18 de Septiembre de 2008

**Más información:** tlfno.: y fax: 914735042

## XXXIV CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA INTENSIVA Y UNIDADES CORONARIAS (SEEIUC)

**Lema:** Tecnología y conocimiento para la vida.

**Lugar:** VALENCIA

**Fecha:** Del 8 al 11 de Junio de 2008

**Más información:** [www.seeiuc.com](http://www.seeiuc.com)

## XIII CONGRESO NACIONAL DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ENFERMERÍA RADIO-LÓGICA

**Lema:** La excelencia por la Calidad: El paciente pluri-patológico.

**Lugar:** CÓRDOBA

**Fecha:** Del 4 al 6 de Junio de 2008

**Más información:** [www.tempotours.es](http://www.tempotours.es)

[tempotours@telefonica.net](mailto:tempotours@telefonica.net)

tlfno.: 957484883 fax: 957482358

## XXIV JORNADAS NACIONALES ENFERMERÍA EN TRAUMATOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOPÉDICA

**Lema:** En continua evolución.

**Fecha:** Del 21 a 23 de Mayo de 2008

**Lugar:** BURGOS

**Más información:** tlfno.: 902190848 fax: 902190850

[sanicongress@24enfermeriatraumatologia.com](mailto:sanicongress@24enfermeriatraumatologia.com)

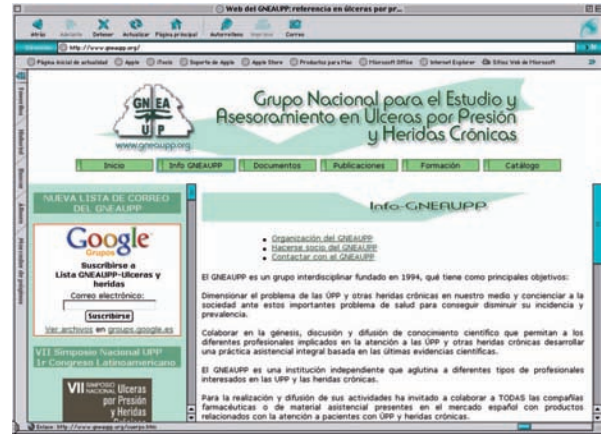
<http://www.gneaupp.org/>

## Página Web del Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP).

### Objetivos PRINCIPALES:

- 1.- Dimensionar el problema de las UPP y otras heridas crónicas en nuestro medio y concienciar a la sociedad ante estos importantes problema de salud para conseguir disminuir su incidencia y prevalencia.
- 2.- Colaborar en la génesis, discusión y difusión de conocimiento científico que permitan a los diferentes profesionales implicados en la atención a las UPP y otras heridas crónicas desarrollar una práctica asistencial integral basada en las últimas evidencias científicas.

Página Web interesante de visitar por dar información rigurosa en el tratamiento y prevención de las UPP



así como normas de acreditación de Documentos Clínicos (Procedimientos, protocolos, manuales, guías de práctica clínica y otros) y tener boletín informativo electrónico de los avances en tratamiento y prevención de las mismas.

[www.aesan.msc.es](http://www.aesan.msc.es)

## El peligro de las dietas milagro en Internet

La Agencia Española para la Seguridad Alimentaria y Nutrición (AESAN), en colaboración con el Ministerio de Sanidad y Consumo y diferentes sociedades científicas del ámbito sanitario, ofrecen información en la página web [www.aesan.msc.es](http://www.aesan.msc.es) sobre el peligro para la salud de determinadas dietas adelgazantes seguidas con el deseo de perder peso de forma rápida y sin esfuerzo. Dicha información se presenta en un lenguaje claro y accesible junto a otros documentos relacionados con la alimentación y el ejercicio físico.





# Investigación & Cuidados

Revista de la Organización Colegial de Enfermería de la Comunidad Valenciana

(Suscripción a la revista)\*

Quienes estén interesados en recibir de forma periódica esta revista, deben cumplimentar el Boletín de Suscripción mediante el formulario que encontrarán en [www.portalcecova.es](http://www.portalcecova.es)

*\* Gratuita para colegiadas/os Comunidad Valenciana*



# Tecnolnicio: las vitaminas que le ayudan a iniciar su propio negocio



Tecnolnicio es un crédito con el que podrá financiar todos los gastos iniciales de su actividad profesional, que le cubre hasta el **100% de la inversión** y que podrá pagar **en un plazo máximo de cinco años**.

Aproveche, una vez más, las **ventajas exclusivas** que TecnoCredit le ofrece **solo por formar parte del Consejo de Enfermería de la Comunidad Valenciana (CECOVA)**.

**TecnoCredit le dejará un buen sabor de boca**

Llévese este exprimidor Kenwood de regalo<sup>(1)</sup> al hacerse cliente de TecnoCredit.



**Infórmese** en cualquier oficina SabadellAtlántico o Solbank, llamando al **902 323 555** o en **tecnocredit.com**

(1) Promoción válida hasta finalizar existencias (500 uds.), por la apertura de una TecnoCuenta con un saldo mínimo de 300 €.