

Crónicas de

FRANQUEO CONCERTADO. AUTORIZACION nº 26/28 AÑO VII. N° 20. FEBRERO 1997

¿Por qué no hay enfermeros? Olvido o Desprecio



E
N
F
E
R
M
E
R
I
A

SUMARIO



3

Editorial

¿Por qué no hay enfermeros?
Olvido o Desprecio



20

Crónica Científica

Trastornos por Ansiedad
• Raquel Pérez León



4

Crónica Científica

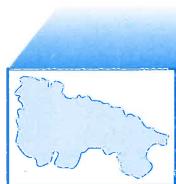
Campaña de Vacunación
Meningitis-C
LA RIOJA. 1997
• Ana Mayoral Romero
• Regina Ruiz Hernández



21

Biblioteca y Videoteca

Temarios
Oposiciones



10

Crónica Científica

Atlas de Mortalidad por Tumores en LA RIOJA. 1991-1995
1º Premio Enfermería Riojana
• Enrique Ramalle Gomara
• Carmen Quiñones Rubio



30

Agenda Avisos



17

Entrevista con:

Gloria Llaria Rubio
Directora de Enfermería
Atención Primaria



31

Canto a los héroes

Homenaje a M^a Flors Sirera
Fernanda Calado

CRONICAS DE ENFERMERIA

Dirección: Adolfo Gil Andrés.

Coordinación: Sagrario García Ramos.

Consejo de Redacción y Consejo de Administración, Junta de Gobierno del Colegio Oficial de Enfermería de La Rioja.

Fotocomposición e Impresión: Mogar Linotype, S.A.

Dep. Legal: LO-150-1984.

ISSN: 1136-2316.

Colegio Oficial de Enfermería de La Rioja:

Gran Vía Rey D. Juan Carlos I, 67 -esc. B - 1º dcha.

Tlfno. 22 83 16 * Fax. 22 03 44 * 26005 LOGROÑO

Queda prohibida la reproducción total o parcial de cualquier artículo sin citar su procedencia. Crónicas de Enfermería no se hace responsable de las opiniones de sus colaboradores ni se identifica necesariamente con las mismas. Esta publicación se distribuye gratuitamente.

¿Por qué no hay enfermeros? Olvido o Desprecio

Nos enteramos por la prensa de que en la puesta en marcha de la primera UVI móvil de la Comunidad Autónoma de La Rioja, financiada por el Gobierno Regional, no se han incluido enfermeras/os.

La respuesta a la pregunta de portada parece evidente: quienes tienen el poder de decisión no lo han creido oportuno. Para justificar esta particular sinrazón se nos ocurren tres posibles explicaciones.

Una de orden económico, se ahorran una serie de puestos de trabajo que, traducidos en millones/año, resultan ser una cifra considerable.

Otra, que quien ha planificado este servicio no tiene claro cuántas manos cualificadas hacen falta en el manejo de un paciente en parada cardiorrespiratoria, politraumatizado grave, etc. Suponemos que a partir de ahora bastará una sola persona experta para sacar todo el rendimiento posible a una costosa ambulancia complejamente medicalizada, incluso cuando como en un típico accidente de tráfico haya varios pacientes implicados. Económicamente seremos la envidia de otras comunidades, que queriendo una calidad mínimamente aceptable para sus ambulancias de soporte avanzado, han hecho el "esfuerzo" de incluir DUES en su dotación. Si por otro lado, quienes van a completar esta dotación son los voluntarios de Cruz Roja, no nos vamos a creer el cuento de que éstos (con todo el respeto que ellos y la institución merecen por su tenaz labor), no acabarán, cuando las situaciones críticas así lo requieran, realizando tareas específicas de Enfermería para las cuales no están cualificados ni capacitados legalmente.

Y una tercera, que es nuevamente el desprecio de la profesión de Enfermería. La reprobable conducta, transformada ya en rutina, de no contar con nosotros. Esta nos preocupa especialmente, ya que da una idea del papel que nos asigna el actual gobierno.

En este caso, faltando una norma de transporte sanitario porque no lo han regulado antes de planificarlo como parecería lógico, sencillamente nos eliminan.

Pero como decimos, no se trata de un caso aislado. Al inicio del año pasado el Gobierno Regional tuvo un pequeño despiste al olvidar la inclusión del colectivo enfermero en la planificación de un Consejo de Ética Sanitaria, siendo nuestra profesión posiblemente la más implicada en este tema y también de las más comprometidas, ya que fue pionera en la creación de una Comisión de Ética y Deontología por parte del Colegio profesional.

No nos queremos acostumbrar a estos olvidos de la Administración. Pero desgraciadamente ha vuelto a ocurrir. En la Comisión de Formación Continuada de la Consejería de Salud al Colegio de médicos lo han consagrado superior a los demás componentes otorgándoles una vicepresidencia, obviando que nuestro colegio es el que más actividades y mayor presupuesto canalizada en este orden.

Todo indica que poco a poco nos van quitando el terreno que habíamos conquistado en la búsqueda de una identidad y espacio como profesión. La supeditación total al poder médico de todos los profesionales sanitarios es el norte que guía al partido del Gobierno.

El tenebroso futuro al que esto puede llevar nos hace temer ahora por las Direcciones de Enfermería. ¿Perderán su autonomía y competencias? ¿Quedarán sumergidas bajo las direcciones médicas o Jefes de Servicio? ¿Volveremos a tener un Director Médico en la Escuela?

Señores del Gobierno, ya no estamos en campaña electoral. Reivindicamos que el reconocimiento que como profesión nos hacían en aquellas fechas lo manifiesten ahora. Que las promesas se vuelvan proyectos. Y exigimos que no nos nieguen lo que nos pertenece, que nos hablen de carrera profesional, de Ley de funciones y de Licenciatura. Sin olvidos, y por supuesto, sin desprecio.

CAMPAÑA DE VACUNACION MENINGITIS-C. LA RIOJA 1997

Ana Mayoral Romero

N.º Colegiada: 362

Regina Ruiz Hernández

N.º Colegiada: 1.512

Centro de Salud Joaquín Elizalde

INTRODUCCION

Todos los profesionales sanitarios conocemos la campaña de vacunación meningocócica que se ha desarrollado en nuestra C.C.A.A.

Si ya de por si la meningitis es una enfermedad que crea alarma entre la población y dentro del propio sector sanitario, ante una campaña de vacunación el tema toma especial relevancia y la confusión aumenta.

Creemos necesario que los profesionales de la salud tengamos una información clara y actualizada sobre la enfermedad y su profilaxis para realizar adecuadamente nuestra función de agentes de salud, solo así podremos dar una información adecuada a la población y favorecer la máxima aceptación y apoyo a dicha campaña.

A continuación repasaremos los aspectos más relevantes de la meningitis bacteriana aguda para centrarnos fundamentalmente la epidemiología y profilaxis actual de la enfer-

medad con especial atención a la campaña de vacunación.

I. MENINGITIS: ETIOLOGIA Y EPIDEMIOLOGIA.

La meningitis bacteriana aguda es una enfermedad infecciosa potencialmente mortal; causada por una gran variedad de bacterias y caracterizada clínicamente por fiebre y manifestaciones como cefalea, vómitos, irritabilidad, convulsiones, coma, rigidez de nuca y exantema maculo papular (petequias).

El advenimiento de los antimicrobianos ha modificado muchísimo el curso y pronóstico de la enfermedad; redujo la mortalidad desde el 50% al 90% a menos del 20%.

Sin embargo debe recalcarse que la meningitis bacteriana "no diagnosticada y no tratada" es tan grave y mortal en la actualidad como lo era antes de descubrir los antibióticos.

- Etiología

Aunque la meningitis puede estar provocada por una

gran variedad de bacterias, en huéspedes normales los microorganismos causales comunes se limitan a unas cuantas especies bacterianas aparentemente dotadas de factores de "virulencia" que las capacita para invadir adecuadamente el SNC.

Los 3 agentes causales más frecuentes en lactantes y niños son: Meningococo (*Neisseria meningitidis*), *Hemophilus influenzae* y neumococo. En el adulto los agentes causales más frecuentes son el meningococo y neumococo.

Las meningitis bacterianas más comunes y a la vez con una gran capacidad de letalidad son las menigococicas producidas por meningococo ó *Neisseria Meningitidis*, por su gran capacidad de desarrollar una Menigococenia.

Los meningococos se han dividido en 9 serogrupos: A, B, C, D, X, Y, Z, W-135 y 29-E de los cuales los grupos A, B y C son los responsables del 80 al 90% de los casos de enfermedad meningococica en el mundo.



- Epidemiología

El hábitat natural de los menigococos es la faringe humana. La vía de infección más habitual es la transferencia séptica de persona a persona a través de las gotas de secreciones orofaringea. La colonización solo rara vez produce la enfermedad pues los anticuerpos específicos y el complemento lisan a los microorganismos cuando estos penetran en la corriente sanguínea.

El riesgo de enfermedad tras exposición a un caso índice es mayor durante los 10 días posteriores al contacto y luego decrece. La posibilidad de casos secundarios es de 3 por mil contactos pasando a ser del 3% en situaciones de epidemia.

La frecuencia de enfermedad varía según la estación; la meningitis por *Hemophilus influenzae* es principalmente infección de otoño y principios de invierno. Las infecciones neumococicas y meningococicas son más frecuentes a finales de invierno y principios de la primavera; sin embargo ocurren en cualquier época del año.

Todos los tipos de meningitis ocurren esporádicamente, solo la meningocócica predomina de forma epidémica. En ocasiones las epidemias muestran cierta prioridad pues ocurren cada 8 a 12 años.

La mayor atención se centra en los procesos epidémicos. Una epidemia se inicia como un brote localizado con una población demográficamente aislada donde entre las cepas endémicas surge una cepa de un sólo serotipo (las cepas de grupo A fueron las causantes de la mayor parte de las epidemias de la 1ª mitad del siglo XX en EEUU).

El nº de casos de procesos meningocócicos endémicos es máximo entre los niños de 6 meses a 36 meses de edad. En casos de epidemia la distribución por edades se desplaza siempre hacia individuos mayores, pudiendo enfermar a cualquier edad.

Se consideran personas de especial riesgo para adquirir la enfermedad aquellas con deficiencias de las fracciones terminales del complemento y los afectados de esplenitis funcional ó anatómica.

- Incidencia en España y la Rioja de la enfermedad meningocócica.

Según los datos publicados en Septiembre de 1995 por el boletín epidemiológico del ministerio de Sanidad y Consumo la incidencia de la enfermedad meningocócica en nuestro país muestra un importante descenso con tasas del 2,33 por 100.000 habitantes en 1994. Sin embargo la tasa nacional del año natural 1995 fue del 2,45 casos por 100.000 habitantes ligeramente superior a 1994, presentando las CCAA diferencias notables de incidencia. Desde comienzos de 1996 se ha evidenciado a nivel nacional un aumento de la incidencia de la enfermedad a expensas principalmente de Comunidades del este de España.

A través del Sistema de Información microbiológica se está evidenciando un cambio en la distribución de los menigococos por serogrupos. El predominio del serogrupo B en la década precedente, ha ido dejando paso a los casos producidos por el serogrupo C que de forma llamativa a aumentado en el último año epidemiológico. En el año 1995 el 42% de los aislamientos fueron seroagrupados como C.

Durante el primer semestre de 1996 el Centro Nacional de microbiología ha evidenciado un incremento en el nº de casos ocasionados por cepas del serogrupo C. Globalmente la presencia de serogrupos diferentes al B y C es anecdótica.

En nuestra CCAA de La Rioja la evolución global de los casos declarados discrepa poco de lo acontecido a ni-

vel nacional. En el año 1995-96 se aprecia un incremento tanto del nº de casos como del porcentaje de casos que corresponde a serogrupo C, estando en concordancia con la tendencia observada por el centro nacional de microbiología.

II. MENINGITIS: PROFILAXIS.

- **Quimioprofilaxis:** Se indica a toda persona considerada como contacto íntimo de riesgo (familiar, compañeros de guarderías, colegios...) que hayan podido estar en contacto con las secreciones nasofaríngeas del enfermo 10 días antes de su diagnóstico.

El fármaco de elección es la Rifampicina 10 mg/Kgr, cada 12 h. Con un total de 4 dosis durante 2 días.

- **Inmunoterapia Pasiva:** No existe.

- Vacunaciones

a) Vacunas contra el Meningococo.

Existen en la actualidad 3 vacunas de polisacáridos meningocócicos: A monovalente, C monovalente y A-C bivalente.

La única vacuna disponible en España está constituida por polisacáridos capsulares bacterianos purificados de los serogrupos A y C de *Neisseria meningitidis*.

"La vacuna no es eficaz contra el meningococo del grupo B"

La inmunización postvacunal se obtiene a las 2 semanas de su administración.

• Reacciones adversas: se han comunicado reacciones



leves y transitorias, como dolor, eritema e induración a las 24-48 h. del pinchazo en el 2, 4-26% de los casos. Reacciones sistémicas moderadas como escalofríos, irritabilidad en el 10-30% de los casos. Es excepcional la aparición de reacción anafiláctica.

• **Indicaciones:** No se recomienda la vacunación rutinaria. La vacuna es ineficaz, en general, en niños menores de 18 meses.

1. Vacunación rutinaria a grupos de riesgo.

- Déficit de properdina y fracciones terminales del complemento (C6-C9).
- Esplemia anatómica y funcional.
- Neoplasia hematológica y enfermedad de Hodgkin.
- Inmunodeficiencias primarias.

2. Vacunación de contactos en casos de brote: Cuando el caso índice esté producido por serogrupo A ó C, esta puede ser administrada a aquellas personas en las cuales esté indicada la quimioprofilaxis.

3. Vacunas en situaciones epidémicas: Si la epidemia está producida por serogrupos A ó C.

4. Vacunación de viajeros a zonas de epidemias o alta endemidad.

En epidemias la medida más eficaz la constituye la vacunación, si son originadas por los serogrupos de la vacuna.

B) Vacuna contra el *Hemophilus influenzae*.

La vacunación contra *H. influenzae* no está dentro de la campaña, sin embargo al ser el *H. influenzae* uno de los principales causantes de meningitis en la 1ª infancia, los pediatras de nuestra CCAA vienen recomendado desde hace 2 años su utilización (Esta vacuna lleva comercializada en España 2 años y medio).

Esta vacunación es opcional, teniendo que pagar los usuarios el importe de la misma.

Esta vacuna no sustituye en ningún caso a la vacunación contra meningococo A y C.

La edad de vacunación es desde los 2 meses a los 5 años. Teniendo en cuenta que la edad de mayor riesgo de meningitis por *H. Influenzae* se encuentra entre los 6 y 24 meses, algunos pediatras recomiendan ponerla lo más precozmente posible aunque la vacunación antes del año o año y medio precisa varias dosis.

III. CAMPAÑA DE VACUNACION CONTRA MENINGOCOCO A Y C.

En base a los datos epidemiológicos Nacional y de nuestra CCAA se cree justificada la actual campaña por los siguientes motivos.

1º Despues de 7 años epidemiológicos con incidencia por debajo de la mediana, el último año 1995-96 ha presentado una incidencia mayor pasando de una tasa de 2,99 en 1994-95 a 7,09 casos por 100.000 habitantes en 1995-96, suponiendo un incremento del 237% respecto al año anterior.

2º Cambio cualitativo. Se ha producido un aumento de los casos producidos por serogrupo C dentro de los casos declarados de meningitis meningocócica en La Rioja.

3º El 71,5% de las cepas de meningococo tipo C pertenece a una nueva variante (2b: P1. 2,5) que pudiera ser el causante del aumento de in-

cidencia de la enfermedad en nuestra CCAA.

4º El 71,4% de los casos con serogrupo C se ha producido en edades susceptibles de vacunación (2 a 19 años).

5º Existe una vacuna contra el meningococo C (vacuna bivalente A+C) que es eficaz a partir de los 18 meses con una eficacia del 88% para serogrupo C y 90% para el A. Produce respuesta inmunitaria durante al menos 3 años.

La campaña tiene "carácter excepcional" motivada por la alta incidencia esperada de enfermedad meningocócica que permite catalogar la situación como epidémica.

BIBLIOGRAFIA

- HARRISON. "Principios de Medicina Interna". Vol. I pag. 747.
- S. KRUGMAN & S. L. KATZ "Enfermedades Infecciosas", pag. 163.
- "Informe del Comité sobre Enfermedades Infecciosas". Academia Americana de Pediatría. Pag. 225.
- "Síntesis de Patología médica e Infecciosa". Pediatría. Pag. 71, 72, 73, 74, 75.
- Gobierno de La Rioja. "Informe Técnico sobre Situación de la Enfermedad Meningocócica tipo C en La Rioja".



Seguro exclusivo de Automóviles para los Profesionales en Enfermería.

CAUDAL le ofrece la mejor garantía para asegurar su coche

Más de 20.000 profesionales en enfermería asegurados y 7 años de colaboración son nuestro mejor aval.

Y además: **10% de descuento en la contratación del Seguro a Todo Riesgo para su coche nuevo.**

Y ahora un Regalo sonado

Sólo por pedir una oferta para el seguro de su automóvil, sin ningún compromiso, le obsequiaremos con un Compact Disc a elegir entre 4 diferentes selecciones musicales.



OFERTA VÁLIDA HASTA FIN DE EXISTENCIAS.

Llámenos e informese:
900 13 14 15
(llamada gratuita)

ATENCION COLEGIADOS

12 DE MAYO. DIA INTERNACIONAL DE LA ENFERMERIA

Con motivo de la Celebración del Día Internacional de la Enfermería, el 12 de Mayo del Pasado año un grupo de enfermeros nos reunimos en el entorno de la Playa del Ebro en lo que sin duda fue una agradable comida y sobremesa.

Este año queremos repetir la experiencia, aumentando si es posible el número de asistentes. Por ello, quedais todos invitados a compartir es-

te día con vuestros compañeros. Para una mejor coordinación os agradeceríamos que confirmarais vuestra participación antes del 15 de Abril lla-

mando a la Sede Colegiadal.

Lugar: Rincón de Julio (Playa del Ebro).

Hora: 12 horas.



PREMIO CIENTIFICO “ENFERMERIA RIOJANA” 9ª CONVOCATORIA 1996

El jurado del concurso decidió otorgar el 1er Premio “Enfermería Riojana” al trabajo:

“Atlas de Mortalidad por Tumores en LA RIOJA 1991-1995”,

de Enrique Ramalle Gomara y Carmen Quiños Rubio. Dotado con **150.000** ptas.

El segundo premio se declaró desierto.

Os animamos a participar en la convocatoria del presente año. Bases disponibles en el Colegio.

ATLAS DE MORTALIDAD POR TUMORES EN LA RIOJA 1991-1995

1^{ER} PREMIO "ENFERMERIA RIOJANA"
9^ª CONVOCATORIA 1996

Enrique Ramalle Gomara

N.º Colegiado: 2007

Carmen Quiñones Rubio

N.º Colegiada: 2089

Introducción

La información sobre mortalidad, de larga tradición en España que tiene desde 1860 un órgano estadístico-sanitario específico¹, es empleada con mucha frecuencia para cuantificar los problemas de salud en una Comunidad y valorar su tendencia, puesto que permite estimar las causas de enfermedad, siendo útil, por tanto, en la planificación sanitaria, la vigilancia epidemiológica y la investigación etiológica.

A su vez, la mortalidad por cáncer constituye en la actualidad una de las principales causas de muerte en los países occidentales y es una de las entidades que constituyen el grupo de las denominadas enfermedades de la riqueza².

En España supone la segunda causa de muerte, tanto en hombres como en mujeres después de las enfermedades del aparato circulatorio y ha ido incrementándose progresivamente a lo largo del siglo XX³, de forma que a principios de siglo la mortalidad por tumores era responsable tan sólo del 1,3% de todas las defunciones; en

1950 representaba el 7% y en la actualidad lo es del 25%⁴.

La Organización Mundial de la Salud estima que cada año se diagnostican más de 6 millones de casos nuevos de cáncer y más de cuatro millones de personas mueren por esta causa⁵.

También en La Rioja la mortalidad por tumores supone la segunda causa de muerte, por detrás de las enfermedades cardiovasculares. La tasa de mortalidad por cáncer es de 3,39 por mil habitantes (3,14 por mil hombres y 3,64 por mil mujeres) y supone el 38,9 del total de las muertes (33,4% en hombres y 45,1% en mujeres)⁶.

Algunos autores⁷ han manifestado que el aumento en las tasas de mortalidad por cáncer puede ser debido a factores ajenos a la propia enfermedad, entre los que cabe destacar:

1. Las mejoras en el diagnóstico y en el tratamiento del cáncer, que han permitido disminuir otras causas de muerte, especialmente las enfermedades infecciosas.

2. El progresivo envejecimiento de la población que ha provocado que cada vez un número mayor de personas llegue a edades muy avanzadas, en lo que se ha denominado el envejecimiento del envejecimiento. Estas edades son más proclives a la aparición de la mayor parte de los tipos de cáncer.

De otra parte, los objetivos de salud para todos en el año 2000, auspiciados por la OMS, establecen que para el año 2000 la mortalidad por cáncer en individuos de menos de 65 años debería ser reducida al menos en un 15 por ciento⁸. El conocimiento, por tanto de la mortalidad específica por cáncer, es necesario para situar el punto de partida de dicho objetivo.

También la OMS establece en el objetivo número uno de salud para todos que antes del año 2000 se debería conseguir una reducción efectiva del 25 por ciento en las diferencias en el estado sanitario entre los países y entre los grupos. A su vez, en el interior de cada país deberían ser reducidas al menos un 25 por cien-

to estas diferencias. La propia Ley general de Sanidad indica que "La política de salud estará orientada a la superación de los desequilibrios territoriales y sociales" (artículo 33) y "los poderes públicos orientarán sus políticas de gasto sanitario en orden a corregir las desigualdades sanitarias en términos de igualdad efectiva en todo el territorio nacional" (artículos 3 y 12).

Es conocido, por tanto, que las desigualdades en salud son una parte importante de las desigualdades sociales y, concretamente, las desigualdades sociales están asociadas con la mortalidad⁹.

Las consideraciones anteriores han motivado el presente análisis que podría ser útil, por tanto, para:

1. Realizar un primer acercamiento al estudio de las desigualdades por lugar de residencia.
2. Establecer futuras líneas de investigación, especificadas en estudios analíticos aplicados a las zonas donde se detecte alto y bajo riesgo de mortalidad por cáncer;
3. Contribuir a la evaluación del impacto que sobre el cáncer tiene la puesta en marcha de determinados programas de prevención, especialmente el de cáncer de mama en la mujer.

Objetivos.

la presente investigación se fija como objetivo el caracte-

rizar la mortalidad por cáncer en las distintas Zonas Básicas de Salud, estableciendo zonas de alto y bajo riesgo.

Material y métodos

Los datos sobre fallecidos por cáncer han sido proporcionados por el Registro Regional de Mortalidad de La Rioja. La estructura de dicho Registro permite codificar todas las causas de defunción ocurridas en La Rioja, a través del Boletín Estadístico de Defunción¹⁰.

Para identificar las causas de defunción se ha utilizado la lista abreviada de la Clasificación Internacional de Enfermedades, a Revisión (CIE-9)¹¹, vigente en la actualidad.

En una primera parte se analiza la mortalidad para el conjunto de todos los tipos de tumores (Códigos CIE-9: 140 a 239, ambos incluidos) y posteriormente la mortalidad específica para los dos tumores más frecuentes: El tumor maligno de pulmón en los hombres (Código CIE-9: 162.9) y el tumor maligno de mama en la mujer (Código CIE-9: 174.9). El resto de localizaciones tumorales no ha podido ser analizado debido a la baja frecuencia de aparición como causa de muerte, lo cual impide su desagregación por ZBS.

En cuanto a las poblaciones utilizadas se diseñó una base de datos por grupos de edad, sexo y localización tumoral para las 17 Zonas Básicas de Salud, agrupando Logroño en una sola zona.

El período de estudio ha sido el comprendido entre los años 1991, año en que se inició el Registro Regional de Mortalidad de La Rioja, y 1995, último año con datos disponibles.

Las defunciones ocurridas en estos cinco años han sido agrupadas, calculándose, por tanto, tasas quinquenales y no anuales. Esta decisión fue motivada por la baja frecuencia con la que se producen algunas de las localizaciones tumorales, con el fin de dar mayor estabilidad a las estimaciones realizadas.

La población de referencia fue la constituida por el censo de población de 1991 para La Rioja.

El análisis de los datos se basó en la razón de mortalidad estandarizada (RME). Este indicador controla el posible sesgo de confusión que las diferentes estructuras de población de cada una de las ZBS tiene. En efecto, como las muertes no se producen de forma homogénea a través de los distintos grupos de edad, sino que tienden a concentrarse en edades avanzadas de la vida, aquellas ZBS con una estructura de población más envejecida, presentarían tasas crudas de mortalidad más elevadas. Esta situación no sería debida a un exceso de riesgo para el cáncer en esas ZBS, sino a que, como el cáncer afecta principalmente a edades extremas de la vida, las poblaciones más envejecidas tendrían tasas más elevadas. La estandarización por edad de las tasas crudas controla

el efecto de la edad sobre la mortalidad¹².

De los dos posibles métodos para estandarizar tasas se ha empleado el método indirecto¹³, debido a que las poblaciones que constituyen las diferentes ZBS son pequeñas¹⁴.

La población estándar elegida ha sido la global de La Rioja para el año 1991. A partir de ella se han calculado las tasas específicas de mortalidad por grupos de edad y sexo en el total de La Rioja acumulando los casos ocurridos durante el quinquenio 1991-1995. Estos casos dan lugar a los casos esperados, es decir aquéllos que debieran producirse si cada ZBS tuviera la misma mortalidad por edad que el total de La Rioja. Posteriormente se ha calculado la razón de mortalidad estandarizada (RME) en cada ZBS, dividiendo el número de casos observados entre los esperados y multiplicando el resultado por cien, para expresarlo como porcentaje¹⁵.

Las distintas RME halladas por este método no pueden compararse directamente entre sí, sino que debe compararse el valor de la RME de cada ZBS con la RME de La Rioja, cuyo valor será siempre 100, puesto que el número de muertes observadas por cáncer será igual que las esperadas.

De igual forma, si una ZBS tiene la misma mortalidad que la global de La Rioja su valor de RME será 100, puesto que la mortalidad observada es igual que la esperada. Una ZBS tendrá mayor mortalidad que la

esperada si el valor de la RME es estadísticamente superior a 100 y menor mortalidad si el valor de RME es estadísticamente inferior a 100. Por tanto las ZBS con RME estadísticamente superiores a 100 supondrán zonas con exceso de mortalidad por cáncer y las ZBS con RME estadísticamente inferiores a 100, zonas con defecto de mortalidad por cáncer.

La comprobación de la significación estadística de la diferencia entre cada una de las RME de las distintas ZBS y la de La Rioja se ha realizado a través del cálculo del error estándar y del intervalo de confianza al 95% de la RMR^{16,17}.

El cálculo de la RME y su intervalo de confianza se han realizado mediante el programa informático 'Indirst'¹⁸.

Para la comparación de proporciones se empleó el intervalo de confianza (método de Cornfield) al 95% de la odds ratio (IC OR 95%), asumiendo que no existía asociación estadística entre las variables estudiadas cuando el IC OR 95% incluía el valor 1,00¹⁹. La comparación de medias se hizo mediante la prueba de Student-Fisher para grupos independientes, previa comprobación del supuesto de homogeneidad de variancias²⁰. Los cálculos de estas medidas se han realizado con el programa informático SPSS para Windows²¹.

Después del cálculo de las diferentes RME las ZBS se han clasificado de acuerdo

a cuatro niveles de mortalidad:

1. ZBS con RME mayor de 100, pero no significativa.
2. ZBS con RME mayor de 100 y significativa.
3. ZBS con RME menor de 100, pero no significativa.
4. ZBS con RME menor de 100 y significativa.

Resultados

El objetivo del presente trabajo es presentar un atlas de la mortalidad por cáncer en La Rioja. Por este motivo, en la presentación de los resultados ha primado el criterio gráfico sobre el escrito. No obstante, y antes de presentar los diferentes mapas, realizamos un análisis de los resultados.

Durante el quinquenio en estudio se han producido en La Rioja un total de 12.042 defunciones (5.624 en mujeres y 4.446 en hombres) en personas residentes en nuestra Comunidad. De ellas 3.168 (26,3%) fueron debidas a tumores. Por sexo, el 21,3% de las mujeres falleció por tumores, porcentaje que fue del 30,7 en hombres. Estas diferencias son estadísticamente significativas (OR: 1,64; IC OR 95%: 1,51 a 1,78).

La edad media de los fallecidos por tumores fue de 71,6 años en el caso de las mujeres y de 69,8 en los hombres ($p < 0,05$).

Mortalidad para el conjunto de localizaciones tumorales

Zona Básica de Salud	Hombres		Mujeres	
	Casos	Tasa por mil	Casos	Tasa por mil
Cervera del Río Alhama	58	17,64	17,64	11,01
Alfaro	93	12,16	12,16	10,47
Calahorra	194	15,04	15,04	10,48
Arnedo	106	12,98	12,98	8,04
Ausejo-Murillo	64	19,95	19,95	8,93
San Román de Cameros	10	21,79	21,79	16,99
Albelda-Alberite	92	15,16	15,16	8,23
Torrecilla en Cameros	20	18,20	18,20	8,28
Cenicero-Navarrete	72	16,83	16,83	9,70
Nájera	152	16,11	16,11	9,03
Santo Domingo-Ezcaray	115	18,68	18,68	12,86
Haro	150	17,12	17,12	9,36
Logroño	828	14,02	14,02	8,85
Total	1764	13,52	1176	8,85

Tabla 1. Tasas quinqueniales de mortalidad por el total de tumores por sexo y Zona Básica de Salud. La Rioja, 1991-1995.

La mortalidad sin ajustar (tasa bruta de mortalidad) es superior en aquellas ZBS con una población más envejecida, como es el caso de San Román de Cameros, con tasas quinqueniales de mortalidad por tumores de 21,79 por mil hombres y de 16,99 por mil mujeres. La tasa quinquenal global en La Rioja de mortalidad por tumores se sitúa en 13,52 por mil hombres y en 8,85 por mil mujeres. En todas las ZBS la tasa de mortalidad por tumores es superior en hombres que en mujeres. (Figuras y 2. Ver Anexo)

Existe sobremortalidad por tumores en Logroño en el caso de los hombres. En el resto de ZBS no hay más casos que los esperados y las diferencias encontradas no tienen significación estadística. No obstante, presentan mortalidad superior a la esperada, aunque no de forma significativa, las ZBS de Calahorra (RME: 109), Arnedo (RME: 101), Ausejo-Murillo (RME: 107), San Román de Cameros (RME: 194), Cenicero (RME: 105), Nájera (RME: 105) y Haro (RME: 113). Mortalidad menor de las esperadas, aunque sin

significación estadística, existe en las ZBS de Cervera (RME: 89), Alfaro (RME: 83), Albelda-Alberite (RME: 95) y Torrecilla en Cameros (RME: 97)

Mortalidad para el tumor maligno de pulmón en hombres

Durante el quinquenio en estudio se han producido un total de 441 fallecimientos por esta causa en hombres, lo que supone el 25% de las 1.764 muertes por cáncer en varones en este período.

Zona Básica de Salud	Casos	Tasa por mil
Cervera del Río Alhama	13	3,96
Alfaro	23	3,01
Calahorra	38	2,95
Arnedo	27	3,30
Ausejo-Murillo	13	4,05
San Román de Cameros	3	6,50
Albelda-Alberite	20	3,30
Torrecilla en Cameros	7	6,40
Cenicero-Navarrete	30	7,01
Nájera	35	3,70
Santo Domingo-Ezcaray	31	5,03
Haro	25	2,85
Logroño	176	2,98
Total	441	3,38

Tabla 1.
Tasas quinqueniales de mortalidad por tumor maligno de pulmón en hombres por Zona Básica de Salud. La Rioja, 1991-1995.

Zona Básica de Salud	Hombres		Mujeres	
	RME	IC 95%	RME	IC 95%
Cervera del Río Alhama	89,5	66,5 a 112,6	81,7	54,2 a 109,2
Alfaro	83,1	66,3 a 100,5	114,9	89,6 a 140,3
Calahorra	109,1	93,7 a 124,5	118,0	98,5 a 137,4
Arnedo	101,1	81,9 a 120,4	99,7	75,4 a 123,9
Ausejo-Murillo	107,3	81,0 a 133,6	74,8	46,6 a 103,0
San Román de Cameros	104,7	39,6 a 168,6	138,3	27,6 a 294,0
Albelda-Alberite	95,9	76,3 a 115,5	82,0	58,8 a 105,3
Torrecilla en Cameros	97,7	54,9 a 140,5	69,0	21,2 a 116,8
Cenicero-Navarrete	105,4	81,0 a 129,7	95,8	66,1 a 125,5
Nájera	105,3	88,5 a 122,0	93,4	73,1 a 113,8
Santo Domingo-Ezcaray	110,0	89,9 a 130,1	115,1	88,9 a 141,3
Haro	113,9	95,7 a 132,1	89,6	70,0 a 109,1
Logroño	123,6	115,2 a 132,0*	101,0	92,0 a 109,9

* Diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$)

Tabla 2. Mortalidad por tumores según Zona Básica de Salud. La Rioja, 1991-1995. Total de tumores.

Los resultados para el cáncer de pulmón siguen el mismo patrón que para la mortalidad general por tumores: Las tasas brutas son superiores en aquellas ZBS con una población más envejecida. La tasa quinquenal global en La Rioja de mortalidad por tumores se sitúa en 3,38 por mil hombres

Zona Básica de Salud	RME	IC 95%
Cervera del Río Alhama	80,6	36,8 a 124,4
Alfaro	82,4	48,7 a 116,0
Calahorra	85,4	58,3 a 112,6
Arnedo	102,9	64,1 a 141,7
Ausejo-Murillo	87,5	39,9 a 135,0
San Román de Cameros	125,4	16,5 a 267,4
Albelda-Alberite	83,4	46,9 a 120,0
Torrecilla en Cameros	136,6	35,4 a 237,8
Cenicero-Navarrete	175,4	112,6 a 238,2*
Nájera	96,8	64,8 a 128,9
Santo Domingo-Ezcaray	118,3	76,7 a 159,9
Haro	75,9	46,1 a 105,6
Logroño	105,1	85,6 a 120,6

* Diferencias estadísticamente significativas ($p < 0,001$)

Tabla 4. Mortalidad por tumor maligno de pulmón en hombres por Zona Básica de Salud. La Rioja, 1991-1995.

Existe sobremortalidad por tumor maligno de pulmón en la ZBS de Cenicero. En el resto de ZBS no hay más casos que los esperados y las diferencias encontradas no tienen significación estadística.

Las ZBS de Torrecilla en Cameros (RME: 136, 6), Santo Domingo de la Calzada (118,3) y San Román de Cameros (RME: 125,4) tienen sobremortalidad por encima de la esperada, pero las diferencias no son estadísticamente significativas. Aunque tampoco alcanzan significación estadística, las ZBS de Cervera del Río Alhama (RME: 80, 6), Alfaro (RME: 82,4) Calahorra (RME: 85,4), Ausejo-Murillo (RME: 87,5), Albelda-Alberite (RME: 83,4) y Haro (RME: 75,9), tienen menor mortalidad que la esperada.

(Figura 3. Ver Anexo)

Mortalidad para el tumor maligno de mama en la mujer

Durante el quinquenio en estudio se han producido un total de 229 fallecimientos por esta causa (19,5% del total de defunciones en mujeres).

Zona Básica de Salud	Casos	Tasa por mil
Cervera del Río Alhama	11	3,60
Alfaro	16	2,12
Calahorra	20	1,49
Arnedo	9	1,11
Ausejo-Murillo	8	2,65
San Román de Cameros	1	2,83
Albelda-Alberite	11	2,10
Torrecilla en Cameros	2	2,10
Cenicero-Navarrete	5	1,20
Nájera	16	1,80
Santo Domingo-Ezcaray	19	3,20
Haro	16	1,87
Logroño	95	1,50
Total	229	1,72

Tabla 1. Tasas quinqueniales de mortalidad por tumor maligno de mama en mujeres por Zona Básica de Salud. La Rioja, 1991-1995.

Los resultados para el cáncer de mama en la mujer también son similares a los obtenidos para la mortalidad general por tumores: Las tasas brutas son superiores en aquellas ZBS con una población más envejecida, con la excepción de Santo Domingo de la Calzada. La tasa quinquenal global en La Rioja de mortalidad por tumor maligno de mama en la mujer ha sido de 1,72 por mil mujeres.

Zona Básica de Salud	RME	IC 95%
Cervera del Río Alhama	146,5	59,9 a 233,1
Alfaro	119,6	61,0 a 178,2
Calahorra	85,5	48,1 a 115,7
Arnedo	70,0	24,3 a 115,7
Ausejo-Murillo	119,6	36,7 a 202,5
San Román de Cameros	122,8	17,0 a 268,0
Albelda-Alberite	108,9	47,3 a 170,6
Torrecilla en Cameros	95,3	51,2 a 180,1
Cenicero-Navarrete	62,8	7,8 a 117,9
Nájera	94,9	48,4 a 141,4
Santo Domingo-Ezcaray	155,4	85,5 a 225,3
Haro	95,2	48,5 a 141,8
Logroño	97,5	77,9 a 117,2

Tabla 4. Mortalidad por tumor maligno de mama en la mujer por Zona Básica de Salud. La Rioja, 1991-1995.

No hemos encontrado sobremortalidad estadísticamente significativa en ninguna de las ZBS estudiadas, para el tumor maligno de mama en la mujer. Existe sobremortalidad, sin alcanzar significación, en las ZBS de Cervera del Río Alhama (RME: 146,5), San Román de Cameros (RME: 125,4) y Santo Domingo de la Calzada (RME: 155,4). Existe submortalidad no significativa en las ZBS de: Calahorra (RME: 85,5), Arnedo (RME: 70,0) y Cenicero (RME: 62,8). (Figura 4. Ver Anexo).

Discusión

Hemos encontrado que tan sólo existe sobremortalidad por encima de la esperada para el total de localizaciones tumorales en Logroño en el caso de los hombres. En el resto de las zonas y en el caso de las mujeres de Logroño, el número de casos de fallecimiento por tumores es similar al que cabría esperar según la distribución etaria del conjunto de La Rioja.

En cuanto al tumor maligno de pulmón en hombres existe una importante sobremortalidad en la zona de Cenicero, que llega a un 75% más de la esperada. En el caso del tumor maligno de mama en la mujer no se ha identificado ninguna ZBS con mortalidad estadísticamente superior a la esperada. Sin embargo, los resultados encontrados en alguna de estas ZBS presentarían significación estadística en caso de que hubiera podido estudiarse un

período más prolongado de tiempo. Por tanto, y mientras no estén disponibles más datos, sería de interés analizar la sobremortalidad por el total de tumores en Logroño, de pulmón en Cenicero y de mama en la mujer en Santo Domingo de la Calzada.

Existen ZBS con estructuras de población, muy envejecidas, como es el caso de San Román de Cameros, cuya tasa específica quinquenal de mortalidad por tumores es muy elevada. Sin embargo, cuando esta tasa se ajusta por edad, el número de fallecidos por tumores no difiere significativamente del que cabría esperar en función de las tasas específicas de mortalidad por tumores del conjunto de La Rioja.

Este tipo de estudios, basados en datos secundarios, está sujeto a diferentes tipos de sesgos. Probablemente dos de los principales son:

- La correspondencia entre la causa que apare-

ce como certificada por el médico en el Boletín Estadístico de Defunción y el verdadero diagnóstico del paciente. Dicho en otras palabras, ¿hasta qué punto coincide la causa de muerte que figura en el Boletín Estadístico de Defunción con la causa que produjo la muerte? Se han realizado numerosos estudios sobre este aspecto.^{22,23,24} Para el caso concreto de los tumores se ha comprobado una elevada exactitud, excepto para el caso de los tumores del aparato digestivo.

- La posible variación en la aplicación de las reglas de codificación por los diferentes codificadores. En el caso concreto de La Rioja este sesgo es de difícil aparición, ya que la codificación, durante los cinco años que se han

analizado, fue realizado por la misma persona.

Parece, por tanto, que la información obtenida del Boletín Estadístico de Defunción es válida para conocer el impacto sobre la población de la mortalidad por tumores.

Los datos presentados deben interpretarse como una primera aproximación a las desigualdades en mortalidad por lugar de residencia. No obstante, el número de años estudiados debe ser considerado como insuficiente, si bien no han podido estudiarse años anteriores puesto que el Registro Regional de Mortalidad de La Rioja se puso en marcha en el año 1991²⁵. Es necesario, por tanto, profundizar en las causas de muerte como indicador de la salud de la comunidad a lo largo del tiempo.

Posteriores análisis podrían ir dirigidos a identificar las causas productoras de exceso de mortalidad en las ZBS donde se ha identificado este hecho.

Anexo. Mapas de mortalidad ajustada por edad. La Rioja.

Figura 1. Mortalidad por el total de tumores. Hombres. La Rioja, 1991-1995.

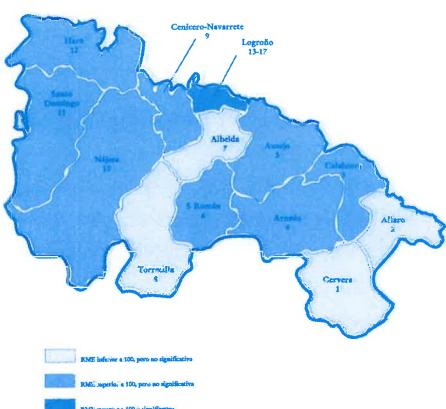


Figura 2. Mortalidad por el total de tumores. Mujeres. La Rioja, 1991-1995.

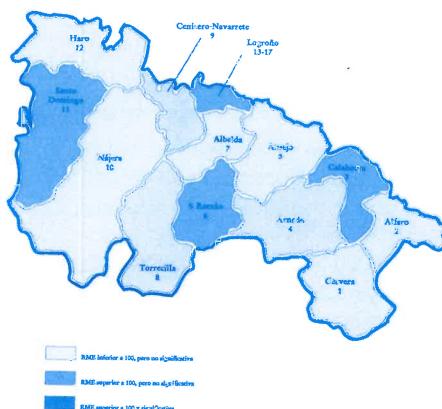


Figura 3. Mortalidad por tumor maligno de pulmón en hombres. La Rioja, 1991-1995.

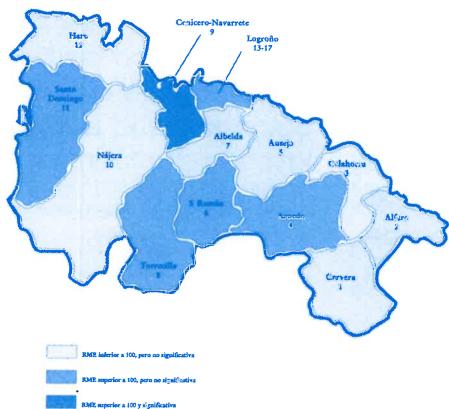
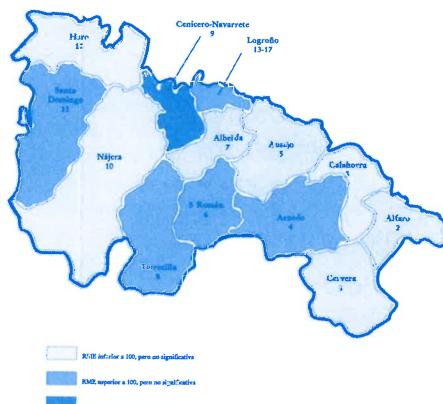


Figura 4. Mortalidad por tumor maligno de mama en la mujer. La Rioja, 1991-1995.



BIBLIOGRAFIA

1. García Benavides, F. Estadísticas de mortalidad en España: Pequeños problemas, grandes perspectivas. Revisiones en Salud Pública 1991; 2: 43-66.
2. McKeown, T. Los orígenes de las enfermedades humanas. Barcelona: Crítica, 1990.
3. Bolumar, F., Vioque, J., Cayuela, A. Changing mortality patterns for cancer in Spain. Int J Epidemiol 1991; 20: 20-25.
4. Martínez de Aragón, M.V., Llácer, A. Mortalidad en España 1992. Boletín Epidemiológico Semanal 1995; 3: 153-164.
5. World Health Organization. Cancer control programming in the European Region of the World Health Organization. Ginebra: WHO, 1985.
6. González Martínez, M.A., Ramalle-Gómar, E. Mortalidad en La Rioja, año 1994. Boletín Epidemiológico de La Rioja 1995; 89: 559-563.
7. Francia Viña, J.M. et al. Estudio de la mortalidad por cáncer en Zamora 1901-1985. Madrid: Consultores Editoriales, 1986.
8. Organización Mundial de la Salud. Los objetivos de la salud para todos. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1986.
9. Martín Santos, F.J., March Cerdá, J.C. Desigualdades sociales en salud en la ciudad de Málaga. Gac. Sanit. 1992; 6: 198-206.
10. González Martínez, M.A. Mortalidad en La Rioja. Año 1992. Boletín Epidemiológico de La Rioja 1994; 73: 431.
11. Organización Panamericana de la Salud. Manual de la clasificación estadística internacional de enfermedades, traumatismos, y causas de defunción. Publicación científica, nº 353 A. Washington: Organización de la Salud, 1978.
12. Rothman, K.J. Epidemiología moderna. Madrid: Díaz de Santos, 1987.
13. Fleiss, J.L. Statistical methods for rates and proportions. New York: John Wiley & Sons, 1981.
14. Rué, M., Borrel, C. Los métodos de estandarización de tasas. Revisiones en Salud Pública 1993; 3: 263-295.
15. Hennekens, C.H., Buring, J.E. Epidemiology in medicine. Boston: Little, Brown and Company, 1987.
16. Ullm, K. A simple method to calculate the confidence interval of a Standardised Mortality Ratio (SMR). Am J Epidemiol 1990; 131: 373-375.
17. Regidor, E., de Mateo, S., Rodríguez, C., Gutiérrez-Fissac, J.L. Evaluación de la significación estadística y cálculo del intervalo de confianza de la razón de mortalidad estandarizada. Gac. Sanit. 1993; 7: 237-243.
18. Gahlinger, P.M., Abramson, J.H. Computer programs for epidemiologic analysis. Honolulu: Makapuu Medical Press, 1993.
19. Porta Serra, M., Plasencia, A., Sanz, F. La calidad de la información clínica (y III). ¿Estadísticamente significativa o clínicamente importante? Med. Clin. (Barc.) 1988; 90: 463-468.
20. Armitage, P., Berry, G. Estadística para la investigación biomédica. Barcelona: Doyma, 1992.
21. Norussis, M. SPSS for Windows 6.1. Chicago: SPSS Inc, 1993.
22. Benavides, F.G. Fiabilidad de las estadísticas de mortalidad. Valencia: Conselleria de Sanitat i Consum, 1986. Monografies Sanitaris Series A, num. 2.
23. Panella, H., Borrell, C., Rodríguez, C., Roca, J. Validación de la causa básica de defunción en Barcelona. Med. Clin. (Barc) 1989; 92: 129-134.
24. Benavides, F.G., Arranz, V., Nolasco, A., Jiménez, L., Bordes, P., Bolumar, F. Diagnóstico estandarizado para validar las causas de muerte certificadas. Gac. Sanit. 1987; 1: 12-15.
25. González Martínez, M.A., Ramalle-Gómar, E. Mortalidad en La Rioja, año 1991. Datos definitivos. Boletín Epidemiológico de La Rioja 1996; 104: 679-684.

Entrevista con ... Gloria Llaría Rubio Directora de Enfermería de Atención Primaria



Enfermera Diplomada por la Universidad de Zaragoza, realizó sus estudios en la E.U.E. de Logroño. Al finalizar la carrera comienza a trabajar en diversos servicios del Hospital San Millán, de 1976 a 1983 como enfermera de base. Después hace las funciones de Supervisora en Traumatología hasta 1990.

Aunque ya desde 1986 venía siendo profesora colaboradora de la E.U.E. de Logroño, es de 1990 a 1994 cuando trabaja a tiempo completo en la Escuela como profesora de Médico-Quirúrgica II. Y tras ser dos años Responsable de Enfermería de Equipos de A.P. es nombrada, al comenzar 1997, Directora de Enfermería de dicha Gerencia. Durante todos estos años, preocupada siempre por su formación, va adquiriendo experiencia académica en innumerables cursos de las más variadas facetas de la Enfermería; docencia, investigación, gestión, etc.

- Pregunta:** Enhorabuena por tu nombramiento, Directora de Enfermería de la Gerencia de Atención Primaria.

En tu carrera profesional has desarrollado diversas aptitudes dentro del campo de la enfermería, y seguro que guardas buenos recuerdos de cada etapa vocacional. ¿Te gustaría poder dedicar a la docencia más tiempo que el que tus obligaciones actuales te permiten?

¿De alguna forma echas de menos el trato con los enfermos?

- Respuesta:** De cada etapa profesional se guardan buenos recuerdos tanto del trato con pacientes como de los compañeros. Quizá resaltaría los recuerdos del paso por la Unidad de Traumatología, ya que dentro de los estudios eran los temas que menos me atraían y nunca pensé dedicarme al trabajo en esa unidad. Sin embargo fue donde se me abrió el camino a la gestión, la docencia, y lo más importante para mí, darme cuenta de la gran

importancia de los cuidados de enfermería en las ciencias de la salud.

Mi experiencia docente ha sido muy positiva. Me ha obligado a un reciclaje continuo, tanto en "técnicas docentes", como en conocimientos enfermeros. Creo que es deber del docente, estar al día de todos los avances que puedan influir en los cuidados de enfermería. Además es gratificante tener la posibilidad de transmitir todas tus experiencias, ya sean positivas o negativas, ya que todas enseñan y permiten perfeccionarte. Al valorar a los alumnos, "ya profesionales" como buenos enfermeros, sientes el orgullo de que algo tuyo hay en ellos. Actualmente para poder hacer las cosas como quisiera, indudablemente necesitaría más tiempo.

Es verdad que en algunos momentos sí echo en falta el contacto con los enfermos. Siempre ha sido muy positivo para mí el trato con las personas enfermas; guardo muy buenos recuerdos, y como persona me han enseñado a ver la vida desde otras perspectivas.

- P:** Haciendo balance de esta última etapa profesional, hasta qué punto consideras gratificante el mundo de la gestión?
- R:** La gestión es una de las funciones de enfermería que en los niveles que yo la he trabajado, sí me ha sido gratificante. Aunque como todo en esta vida; he pasado por momentos buenos y no tan buenos. A pesar de todo creo que es un trabajo que la enfermería debe asumir y cultivar para lo cual debe prepararse.
- P:** ¿Cuáles son a tu entender los problemas más inmediatos de la enfermería comunitaria en la actualidad en La Rioja?
- R:** En estos últimos años, lo primordial en A.P. en La Rioja era completar la Reforma Sanitaria,

EL NIVEL MEDIO DE LA ENFERMERIA RIOJANA ES BASTANTE ALTO. LA FORMACION QUE RECIBE EN LA ESCUELA DE ESTA COMUNIDAD ES MUY ACEPTABLE

creando la infraestructura necesaria para la aplicación del nuevo modelo sanitario. En este momento, es necesario trabajar en la consolidación de esta reforma, consiguiendo que trabajen los equipos multidisciplinarios obteniendo así una atención de calidad; trabajando sobre todo en la prevención y promoción de la Salud, ya que éstos son a mi entender los pilares sólidos de la At. Sanitaria y no descuidar la curación y rehabilitación, aunque estos últimos estarán más desarrollados en la A. Especializada. Otro punto importante a trabajar y cultivar es la relación "Especializada-Primaria", ya que si queremos dar una buena atención al paciente es obligatorio que haya una continuidad en los cuidados y para lograrlo debe haber una comunicación bidireccional y nunca ser compartimentos estancos.

- P:** El aspecto económico es sin duda un impedimento importante en el desarrollo de la

OTRO PUNTO IMPORTANTE A TRABAJAR ES LA RELACION "ESPECIALIZADA-PRIMARIA", YA QUE SI QUEREMOS DAR UNA BUENA ATENCION AL PACIENTE ES OBLIGATORIO QUE HAYA UNA CONTINUIDAD EN LOS CUIDADOS

Enfermería y la A.P. La adecuación de unos presupuestos limitados a la prestación de unos servicios óptimos es una tarea difícil. ¿Es quizás la economía el obstáculo más desagradable que encuentras en tu trabajo?

- R:** La economía es muy importante. Pero debemos tener en cuenta los profesionales que por mucho que aumentáramos los presupuestos, la salud no aumentaría en la misma proporción. Está demostrado que llegado a un nivel de recursos dedicados, el estado de salud de la población no sufre variación.

Lo gratificante para mí de la gestión es conseguir con los recursos existentes la mayor cuota de eficiencia posible.

- P:** Desde tu punto de vista, ¿en qué nivel situarías a la enfermera media Riojana en cuanto a calidad profesional, teniendo en cuenta las condiciones en que trabaja? ¿Qué aspectos crees que debería cultivar más?

- R:** El nivel medio de la enfermera riojana es bastante alto. La formación que recibe en la Escuela de esta Comunidad, "cantera que proporciona la mayoría de los profesionales que trabajan en nuestro medio", es muy aceptable, y me consta que son bien valorados en otras áreas de salud donde se han incorporado algunos de ellos.

EL OBJETIVO ACTUAL DE LA ENFERMERIA COMUNITARIA DEBE SER LOGRAR QUE EL USUARIO NOS IDENTIFIQUE COMO A UNA PROFESIONAL AL QUE PUEDE Y DEBE MANDAR SUS CUIDADOS

Respecto al aspecto que deben cultivar, considero primordial la investigación, actividad que debiéramos instaurar con más fuerza, para valorar primero y perfeccionar después nuestros cuidados. En cuanto a la formación continua, muy presente en la mayoría de los profesionales del Área, es algo inherente y obligatorio a cualquier profesión que se precie, ya que si no nos formamos, hoy en día quedaríamos desfasados en poco tiempo por los grandes avances que se dan en todas las ciencias, y que inevitablemente influyen en el campo de la salud.

- P:** A las puertas del próximo siglo toman de nuevo relevancia los objetivos marcados por la O.M.S. en 1978. La conferencia de Alma-Ata instó a los gobiernos a formular estrategias de salud donde la A.P. fuese el pilar fundamental.

En 1985 el Director General de la O.M.S. identificó a la Enfermería como estamento líder de esta política sanitaria.

¿Crees que la Administración Central en España ha dotado de recursos suficientes a los enfermeros y a la A.P. para la consecución de la "Salud para todos en el año 2000"?

- R:** Creo que la Enfermería Española en estos últimos años ha tenido un avance muy importante, tanto a nivel académico como de reconocimiento profesional. España en este período ha

LAS DIRECCIONES DE ENFERMERIA HAN AUMENTADO SUS COMPETENCIAS EN LOS ULTIMOS AÑOS RESPALDADAS POR LA NUEVA POLITICA SANITARIA EN A.P.

dedicado gran cantidad de recursos para el desarrollo de la A.P. tanto a nivel de infraestructura como de personal sanitario.

En estos momentos debemos trabajar para la consolidación de la A.P. El objetivo actual de la Enfermería Comunitaria debe ser lograr que el

usuario nos identifique como a un profesional al que puede y debe demandar sus cuidados.

- P:** En algún número anterior, desde el Colegio abogábamos por la importancia de conseguir unas Direcciones de Enfermería con identidad e independencia suficiente, como para hacer determinante la opinión enfermera respecto a las decisiones que a nosotros concierne. ¿Ha aumentado en los últimos años el poder ejecutivo de estas Direcciones en general?

En este sentido, ¿consideras aceptable en número la representación enfermera en la Administración?, o ¿te gustaría ver más compañeras en estos puestos?

- R:** En general las Direcciones de Enfermería han aumentado sus competencias en los últimos años, tanto en el ámbito hospitalario como en el primario, teniendo éste último un refrendo importante con la instauración de la nueva política sanitaria en A.P.

La representación de Enfermería en la Administración como la de otros profesionales sanitarios que pueden ocupar cargos de gestión, es positiva siempre que los enfermeros que opten a dichos puestos tengan la formación adecuada.

LUCES Y SOMBRA

Estamos viviendo estos últimos días una época de cambios, un tiempo de luces y sombras, luces para los recién llegados, **Gloria Llaria Rubio** como Directora de Enfermería de Atención Primaria, **Blanca M.^a Fernández Pérez** nueva Directora de Enfermería del Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro y **Carmen Quiñones Rubio** Jefa de Enfermería del Hospital de La Rioja. A todos vosotros queremos hacerlos llegar nuestra enhorabuena y deseáros que esa luz ilumine vuestro buen hacer para que entre todos logreis que los Enfermeros Riojanos terminen cada día su trabajo con el sentimiento positivo del deber cumplido con satisfacción; y que las sombras de los que se fueron, **M.^a Carmen Pérez-Aradros Calvo** y **J. Javier Soldevilla Agreda**, planeen sobre todos con el buen recuerdo de unos compañeros que sin duda pusieron su empeño en hacer su trabajo lo mejor que supieron y pudieron, por eso desde esta páginas os damos las gracias.

A todos, los que acabais de tomar las riendas y los que ya habéis concluido, parafaseando a Blanca M.^a (Crónicas de Enfermería n.^o 9) "**OS DESEAMOS BUEN HUMOR**"

TRASTORNOS POR ANSIEDAD

Raquel Pérez León

Nº Colegiada: 2062

Generalidades

La asociación más frecuente que se hace con el término *ansiedad* suele ser desde sus connotaciones negativas, es decir, sensaciones desagradables de inseguridad o bien de temor que dificultan su interacción con el entorno.

Pero también es cierto que el hecho de existir conlleva un factor de ansiedad implícito, por lo que la idea de una existencia sin ansiedad es absurda. Es necesario un cierto nivel de ansiedad para iniciar, desarrollar y finalizar los objetivos que nos proponemos. La ansiedad también actúa como un elemento protector de nuestro organismo al permitirnos hacer frente o adaptarnos a situaciones de estrés ambiental o físico en las que es necesario que se dé una respuesta de alarma o de defensa.

Definición

Ansiedad: "estado de alerta respecto a una amenaza a la integridad física o psicológica con objeto de posibilitar un gesto suplementario de energía".

Es importante señalar la diferencia que existe entre una situación de miedo y una respuesta ansiosa. En el caso del miedo existe un objeto real que se configura como amenazante y que justifica la puesta en marcha por parte del organismo de mecanis-

mos que permitan defenderse de esta agresión (taquicardia, sudoración, temblor y todo un sistema de alertización). En el caso de la ansiedad, no existe un peligro real. La valoración de amenaza depende de cogniciones que le hacen catalogar la situación como peligrosa.

Existen unos factores específicos de cada persona, además de unos factores de aprendizaje ante diversas situaciones, que darán lugar a diferentes tipos de respuesta frente a estímulos diversos. No existe una relación directa entre la intensidad del estímulo y el tipo de respuesta que produce.

La ansiedad se considera patológica cuando interfiere en la capacidad adaptativa e impide llevar a cabo actividades cotidianas, produce sentimientos de inseguridad y de devaluación personal y dificulta el proceso de relación y de adaptación al medio.

Los niveles de ansiedad de una persona pueden ir desde la mera intranquilidad hasta los estados de pánico no existiendo una clara línea divisoria que nos diga dónde comienza lo normal y dónde lo patológico. La sintomatología que aparece puede ser la misma, aunque las estrategias que pone en marcha el individuo para enfrentarse a la situación son distintas. En este tipo de trastornos, el curso suele ser lineal y progresivamente inca-

pacitante al ir fallando los mecanismos adaptativos.

Trastornos

Trastornos de ansiedad: Comportamiento desajustado cuyos rasgos característicos son síntomas de ansiedad y conductas de evitación.

1 Crisis de angustia

- Aparición de modo súbito, rápido, inesperado. Tienen que aparecer al menos 4 de los siguientes síntomas vegetativos: disnea, mareo, taquicardia, temblor, sudoración, sofocación, náuseas, despersonalización, parestesias, escalofríos, dolor precordial.
- Existen también sentimientos de muerte, grandes deseos de escapar, puede llegar a perder el sentido.
- No hay factor orgánico que inicie o mantenga las alteraciones, por ejemplo no hay intoxicación por anfetaminas, cafeína o hipertiroidismo.
- Se puede dar en todas las personas alguna vez en la vida. Para diagnosticarla como tal se tienen que dar varias en un mes, no tiene que ser situacional (ni a un lugar ni hecho concreto).

2 Agorafobia

- Miedo a encontrarse en lugares o situaciones de los cuales es difícil salir o escapar o no es fácil obtener

ayuda en caso de una crisis de angustia, por ejemplo: trenes, supermercado, muchedumbre...

- El paciente escapa de la situación y termina por evitarlas. Lo que puede deteriorar el trabajo o situación laboral.
- A veces pueden afrontar la situación si van acompañados pero esto no evita el malestar.

3 Fobia específica

- Miedo persistente a un estímulo circunscrito, objeto o situación, por ejemplo fobia a animales, altura... Se trata de una crisis de angustia situacional ligada a un estímulo concreto.
- La crisis de angustia puede aparecer por prever la aparición del estímulo.
- Las conductas de evitación interfieren con la rutina normal del individuo, con las actividades sociales habituales y produce gran malestar por el miedo.
- El individuo es totalmente consciente de que el contenido es irracional o excesivo.

4 Trastorno obsesivo-compulsivo

- Se caracteriza por la presencia de obsesiones o compulsiones repetidas que producen marcado malestar, pérdida de tiempo (más de una hora diaria) o interfieren significativamente con la rutina, actividad profesional, actividades sociales habituales o las relaciones con los demás.
- Obsesiones: ideas, pensamientos, imágenes o impulsos persistentes que se experimentan por lo me-

nos inicialmente como invasores y sin sentido. El individuo intenta ignorar o suprimirlos o neutralizarlos con algún otro tipo de idea o acción.

- Compulsiones: conductas repetitivas, finalistas e intencionales que se efectúan como respuesta a una obsesión de manera estereotipada o con determinadas reglas. Se intenta neutralizar o impedir el malestar, el acontecimiento o la situación temida, la actividad no es realista o es excesiva. El individuo reconoce que su conducta es excesiva o irracional.

5 Estrés postraumático

- El individuo ha vivido un acontecimiento fuera del marco de la experiencia humana y marcadamente angustiante para todo el mundo: violación, accidente, rapto.... Ha podido ocurrir por observación o ser él el protagonista. También sufren de este tipo los familiares de víctimas del terrorismo sin que necesariamente hayan observado el suceso.

- Se produce una reexperimentación mediante:

- Recuerdos desagradables, recurrentes e invasores que vuelven tipo flashback.
- Pesadillas.
- Conductas y sentimientos súbitos como si el agente operara de nuevo.
- Malestar psicológico interno al exponerse a acontecimientos que simbolizan o recuerdan el hecho.

■ Terminan evitando cualquier estímulo, persona que les haga revivir el acontecimiento: conducta de evitación de los estímulos del trauma o falta de capacidad general de respuesta que se manifiesta en esfuerzos para evitar las actividades o situaciones en relación.

- Aparece, en ocasiones, amnesia del acontecimiento o de partes.
- También embotamiento psíquico: paciente frío, disminuye su reactividad para lo bueno y lo malo: no llora, no ríe. Muestra gran desinterés por lo que antes le gustaba: hobbies. Todas las emociones que hacen referencia al amor disminuyen (incluso la sexualidad). Culpan a mucha a la sociedad, a alguien en concreto, no les interesa el futuro, victimismo, están continuamente activados fisiológicamente: insomnio, hipervigilancia, irritabilidad, dificultad para controlar impulsos, respuestas de sobre-salto.

6 Trastorno de ansiedad generalizada

- Estado de preocupación constante, de ansiedad permanente, no realista o excesiva: expectación aprensiva en torno a circunstancias vitales.
- No se trata de algo concreto, sino que se preocupan por todo, por lo que les incumbe y por lo que no.
- Dura al menos 6 meses.
- No se puede controlar.
- Se acompaña de 6 de los siguientes síntomas:
 - Tensión motora: temblor, contracciones o sacudidas, tensión o do-

lor muscular, inquietud o, por el contrario, fatigabilidad excesiva.

- Hiperactividad vegetativa: falta de aliento o sensación de ahogo, taquicardia, sudoración, boca seca, mareo, inestabilidad, náuseas, diarrea u otros trastornos abdominales, sofocación, escalofríos, polaquiuria, disfagia.
- Hipervigilancia: sentirse atrapado o al borde del peligro, exagerada respuesta de alarma, dificultad para concentrarse, episodios de mente en blanco, dificultad para dormir o para mantener el sueño, irritabilidad.
- Acuden a consulta por trastornos físicos o depresivos.
- Se sienten muy incomprendidos.
- Es muy difícil de tratar porque no comprenden que es ansiedad y no algo orgánico porque ellos realmente sienten el síntoma, el dolor existe.

Tratamiento

Las diferentes modalidades de tratamiento incluyen la farmacología, psicoterapia y tratamiento conductista.

1 Farmacología

■ Benzodiacepinas:

Tratamiento eficaz para el alivio a corto plazo de la ansiedad asociada a enfermedades físicas, trastornos de ansiedad generalizada y crisis de angustia.

Existen 3 clases: de acción corta: 2-3 horas (alprazolam, midazolam, triazolam), intermedia: 6-8 horas (oxacepam, nitracepam, flunitracepam), larga: >12 horas (cloracepato,

diacepam). Esta división se basa en: transformación o no en metabolitos activos, duración del efecto farmacológico, velocidad de eliminación. Son de interés los que se absorben pronto y se eliminan en menos de 12 horas, los que mejor se adaptan son los de acción corta e intermedia y sobretodo estos últimos por sus menores inconvenientes.

El principal efecto secundario es la sedación con la consiguiente pérdida de reflejos y de atención, si se administran por vía intravenosa pueden producir paro respiratorio. En tratamientos prolongados, producen un cuadro de depresión que se manifiesta si se retiran bruscamente, de ahí que cuando haya que suspender un tratamiento con estos fármacos mantenido durante unos meses se debe hacer de forma paulatina.

Utilizarlos con precaución cuando se estén dando a la vez otros fármacos depresores del SNC: opiáceos, antidepresivos, antimicóticos, alcohol porque se potencia dicha depresión.

La adecuación de las benzodiacepinas se basa en que ayudan al paciente a estar más tranquilo, lo que le permite pensar de forma más clara en su situación y en cómo modificarla. Ayudan a enfrentarse a situaciones ansiosas y, al eliminar los síntomas más molestos, permiten la iniciación de otros tratamientos. Las benzodiacepinas son soluciones a corto plazo con un objetivo específico.

■ Antidepresivos:

a) Tricíclicos: amitriptilina, clorimipramina, imipramina, maprotilina, nortriptilina.

Estos fármacos mejoran la depresión en la mayoría de los enfermos, respecto a la tristeza, ansiedad y desesperación así como los síntomas orgánicos que la acompañan (alteraciones del sueño, malestar general, cefaleas, palpitaciones...). El único inconveniente es que hay un periodo de latencia variable, según el medicamento empleado (7-15 días) antes de que aparezca dicha mejoría.

Indicaciones: fobias sociales, ansiedad por estrés postraumático, trastornos obsesivos.

Efectos secundarios: sequedad de boca, estreñimiento, arritmias, hipotensión y retención urinaria. A parte de la sedación que induce en los enfermos y en pacientes predisponidos pueden desencadenar cuadro convulsivo con fases de excitación.

b) Inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAQ): fenelzina, traniplamina.

Se utiliza como alternativa cuando fallan los antidepresivos.

Indicaciones: crisis de angustia, estrés postraumático, fobia social, trastornos obsesivos.

Efectos secundarios: hipotensión ortostática, insomnio, sacudidas musculares, reacciones de hipersensibilidad, hepatotoxicidad: es necesario seguir una dieta en la que se evitarán alimentos como embutidos, salazones, quesos, alcohol, cerveza sin alcohol, concentrados de carnes, café, cacao; ya que puedan dar lugar a una crisis simpática grave por una hipertensión brusca, fallo cardiaco, hemorragia cerebral y muerte originada por un aumento masivo de catecolaminas. Es

necesario una vigilancia continua.

En todo tipo de tratamiento farmacológico se debe explicar al paciente y a la familia acción, complicaciones, efectos secundarios, importancia de no abandonar la medicación, dosis, acciones en caso de problemas.

2 Psicoterapia

Estudio e interpretación del material conflictivo que da lugar a la enfermedad. Puede durar años. Hoy es fácil la resolución por el bloqueo del paciente.

3 Tratamiento conductista. Entre otros:

- Relajación: entre los diversos tipos de relajación está la muscular progresiva (Jacobson, 1929) y el entrenamiento autógeno (Shultz, 1962). La exposición "in vivo" intenta entrenar al paciente en habilidades al enfrentarse al estímulo ansíogeno directamente y a controlar la ansiedad.
- Modelamiento: es un proceso de aprendizaje de comportamiento a través de la observación del comportamiento de otra persona. Se realiza de forma gradual para que la situación sea lo mas aproximada a la realidad del paciente y se dé un mayor grado de identificación.
- Detención de pensamiento: se aplica en los pensamientos obsesivos, consiste en que el paciente cierre los ojos y deje fluir el pensamiento obsesivo. Tras haberse producido la imagen o pensamiento, se le dice la palabra "stop", para interrumpirlo. Tras la repetición del procedimiento, en la siguiente etapa, debe

aprender a hacerlo él mismo o también se puede enseñarle a distraer la atención mediante imágenes agradables. Intenta aumentar el autocontrol.

- Implosión: (Boulougouris y Macks, 1969) intenta mantener un estado de relajación mientras el sujeto se expone a estímulos que producen ansiedad, hasta que se extingue la respuesta. Se enfrenta a la situación durante periodos de tiempo y en ocasiones repetidas.
- Desensibilización sistemática (Jolpe, 1958) se basa en el fenómeno de la inhibición reciproca. Se inicia con una angustia y originan una respuesta de evitación. A lo largo de sesiones, el paciente aprende a utilizar una técnica de relajación, se le insta a que imagine mientras está relajado, situaciones que le causan ansiedad, y se aumenta la potencia ansiogena, hasta que llega a ser tolerable, permitiendo una fase posterior de exposición "in vivo".
- Técnicas para eliminar la conducta compulsiva o ritualista: intención paradógica para eliminar la ansiedad en la obsesión-compulsión: se trabaja con la imaginación de forma exagerada de las consecuencias que se temen, intentar que se explaye en las obsesiones o que continúe con los rituales incluso después de desaparecida la urgencia de realizarlos. Esta técnica funciona pero no se sabe el porqué.
- Intervenciones cognitivas: (Beck, 1986, y Clark, 1985) intentan el desarrollo de habilidades sociales en el paciente (hablar en público, hacer una entrevista), a través de técnicas de aserción social, que ayudan al paciente a aumentar el control cognitivo de su conducta y, por tanto a mejorar su eficacia y su autoestima.
- Todas estas técnicas llevan la realización anterior de cuestionarios y autoevaluaciones por parte del sujeto de sus conductas, para poder valorar la frecuencia con que se dan y poder modificarlas.
- Esquema de tratamiento:
 - Agorafobia: conductual, con técnicas de exposición "in vivo".
 - Fobias sociales: antidepresivos, psicoterapias comportamentales, como la exposición "in vivo" al estímulo fóbico o la terapia cognitiva.
 - Fobias simples: exposición "in vivo", mantenida de forma sistemática junto a ansiolíticos coadyuvantes de la terapia conductual, ya que facilitan el contacto con la situación temida.
 - Estrés postraumático: verbalización de la traumática, lo que facilita la expresión emocional. Antidepresivos tricíclicos.
 - Trastornos obsesivos: antidepresivos tricíclicos. Detención del pensamiento, implosión, desensibilización sistemática, exposición "in vivo", modelamiento y prevención de respuesta.

Diagnóstico e intervención de enfermería

1 Ansiedad

- Objetivo: experimentar un nivel de ansiedad manejable.

- Actividades:
 - Valorar e informar al paciente de su nivel de ansiedad.
 - Fomentarle que exprese pensamientos y sentimientos de ansiedad.
 - Ayudarle a que identifique situaciones que le aumentan la tensión.
 - Ayudarle a identificar pensamientos negativos anticipados de pérdida de control y asociarlos con situaciones que incrementan la ansiedad.
 - Ayudarle a que identifique situaciones en que existe una pérdida de control.
 - Analizar situaciones anteriores para ver cómo se enfrentaba a ellas.
 - Ayudarle a identificar estrategias de afrontamiento que necesitaría en la situación actual para reducir la ansiedad.
 - Sugerirle y enseñarle a utilizar métodos alternativos para reducir la ansiedad (relajación, reducción del estrés...).
 - Ayudarle a identificar pensamientos negativos anticipados.
 - Analizar la realidad de su potencial pérdida de control en situaciones temidas.
 - Administrar medicamentos ansiolíticos.
- Evaluación: el paciente identifica pensamientos anticipatorios negativos y lleva a cabo conductas de afrontamiento adecuadas cuando se enfrenta a situaciones estresantes, disminuyendo la ansiedad a un nivel manejable.

2 Patrón respiratorio ineficaz.

- Objetivo: obtener un nivel de respiración normal.
- Actividades:
 - Valorar e informarse de su patrón respiratorio.
 - Permanecer con él y ayudarle a mantener la calma a través de una aproximación directiva.
 - Enseñarle a respirar lenta y profundamente, y hacerlo con él para que aprenda a realizarlo de manera adecuada.
 - Aflojarle la ropa.
 - Enseñarle a respirar en una bolsa.
 - Enseñarle técnicas de relajación.
 - Aislamiento de las cogniciones y sensaciones corporales asociadas a los ataques.
 - Demostrarle que la hiperventilación reproduce los síntomas.
 - Enseñarle que la interpretación catastrófica de la sensación relacionada con la hiperventilación aumenta su nivel de ansiedad.
 - Aprendizaje de técnicas de control respiratorio.
 - Informarle sobre lo que le ocurre, para que lo comprenda y aumente el control de la situación.
- Evaluación: el paciente verbaliza menor miedo a ahogarse y retorna a un ritmo de respiración normal.

3 Alteraciones sensoperceptivas

- Objetivos: sentir seguridad durante episodios de gran ansiedad.

■ Actividades:

- Permanecer con él durante los episodios de ansiedad elevada.
- Tranquilizarlo, permaneciendo con él.
- Animarle a verbalizar las sensaciones que experimenta.
- Utilizar frases cortas y simples para disminuir su temor y dotarle de seguridad.
- Disminuir estímulos del entorno.

■ Evaluación: responde a las indicaciones que se le dan y permanece con sensación de seguridad.

4 Afrontamiento individual ineficaz

■ Objetivos:

- Solicitar ayuda a los demás, cuando lo precise.
- Disminuir sus actitudes rígidas y perfeccionistas, y desarrollar intimidad en las relaciones.
- Disminuir los comportamientos rituales.

■ Actividades:

- Desarrollar la confianza.
- Ayudarle a identificar situaciones que puedan ocurrirle y valorar si necesitará ayuda.
- No discutir sobre la absurdidad de su comportamiento.
- Ayudarle a que identifique situaciones posibles en las que podría sentirse rechazado.
- Ayudarle a evaluar situaciones en términos de sentimientos.
- Ayudarle a valorar la objetividad y realidad de los miedos.

- Explorar para qué le sirve la conducta de comprobación o el comportamiento ritual.
 - Centrarse en la evaluación de experiencias presentes, más que en la de las previas.
 - Desarrollar planes para evaluar nuevas posibilidades que disminuyan la ansiedad.
 - Ayudarle a aceptar responsabilidades de su conducta y a explorar los efectos que tiene en los demás y la respuesta que genera.
 - Ayudarle a expresar sentimientos y compartirlos con los demás miembros de la familia.
 - Ayudarle a utilizar un lenguaje adecuado para la expresión emocional.
 - Explorar efectos de la rigidez en la relación y falta de espontaneidad.
 - Ayudarle a identificar necesidades, implicándose emocionalmente.
 - Identificar y definir roles y funciones entre los miembros de la familia para ayudar a modificarlos.
 - Responsabilizar a todos los miembros en la planificación y renegociación de cambios.
 - Identificar exceso de dependencia, necesidades que aumentan poder y control de la familia.
 - Analizar ganancias secundarias del comportamiento.
- Evaluación:
- Verbaliza aumento de sentimientos de intimidad.
- Tiene una actitud más flexible en su comportamiento familiar.
 - Aumenta la independencia respecto a la pareja.
- 6 Temor**
- Objetivo: verbalizar menos miedos fóbicos.
 - Actividades:
 - Ayudarle a que identifique situaciones u objetos que le produzcan miedos y que le ayuden a adaptarse al entorno.
 - Ayudarle mientras experimenta temor.
 - Examinar nuevas situaciones en función de experiencias anteriores.
 - Enseñar conductas assertivas para actuar ante el estrés, y aumentar opciones de afrontamiento.
 - Enseñarle a manejar su conducta a través de "rol playing"
 - Evaluación: es capaz de enfrentarse al objeto temido.
- 7 Impotencia**
- Objetivos:
 - Obtener mayor control sobre su estilo de vida.
 - Disminuir su comportamiento perfeccionista.
 - Disminuir la frecuencia de intelectualizaciones.
 - Actividades:
 - No forzarle a situaciones que no puede sostener.
 - No intentar razonar el comportamiento de falta de ayuda.
 - Darle ayuda para controlar necesidades.
 - No enfocar la atención hacia el comportamiento temido, sino dirigirlo a otras actividades.
 - Capacitarle con expresiones en las que se sienta cómodo,
 - Identificar ganancias secundarias que reducen la responsabilidad y aumentan la dependencia.
 - Explorar métodos alternativos para hacer frente a sus necesidades.
 - Utilizar la relación con el paciente para explorar los sentimientos que le produce la situación.
 - Ayudar al paciente a identificar factores que contribuyen a aumentar la impotencia.
- Evaluación:
- Verbaliza sentimientos de impotencia respecto a su estilo de vida e identifica acciones que aumentan su control.
 - Disminuye su comportamiento perfeccionista.
 - Expresa sentimientos personales.
- 8 Trastorno de la autoestima**
- Objetivos:
 - Aumentar la sensación de competencia.
 - Aumentar la autoestima.
 - Obtener una imagen realista de uno mismo.
 - Actividades:
 - Aceptar sus sentimientos.
 - Ayudarle a relacionar la disminución de su autoestima con sentimientos de ansiedad.
 - Ayudarle a identificar las experiencias que aumentan estos sentimientos.
 - Utilizar resolución de problemas que incrementan la autoestima.

tan la adecuación personal, control y competencia.

- Explorar limitaciones y definir objetivos realistas.
- Identificar sentimientos y confrontación directa.
- Ayudarle a que discuta y exprese sus sentimientos.
- Explorar las cualidades y valores personales que puede aportar.
- Disminuir estímulos del entorno y de la interacción con otros.
- Respetar sus capacidades personales y sus limitaciones.
- Hacerle participar en actividades que le permitan obtener éxito.
- Aumentar la competencia a través del aprendizaje de habilidades.
- Reforzar sus conductas satisfactorias.

■ Evaluación:

- Verbaliza sentimientos de aumentar su competencia.
- Lleva a la práctica métodos que aumentan su autoestima.
- Obtiene una percepción realista de sí mismo.

9 Alteración del patrón del sueño

■ Objetivos:

- Aumentar las horas de sueño con sensación reparadora.
- Disminuir el tiempo que necesita para dormir.

■ Actividades:

- Proporcionar un ambiente relajado y tranquilo.
- Evitar exceso de ruidos y luces.

- Enseñarle a autorelajarse antes de irse a dormir.
- Procurarle métodos alternativos que favorezcan el descanso (baño caliente, por ejemplo).
- Mantener actividad diaria, para facilitar el descanso nocturno.
- Evitar que duerma durante el día.
- Favorecer la utilización de técnicas de control cognitivo.

■ Evaluación:

- Verbaliza menos pesadillas, aumentando sus horas de sueño reparadora.
- Disminuye el tiempo que precisa para conciliar el sueño.

10 Aislamiento social

■ Objetivos:

- Incrementar el tiempo de dedicación a las relaciones, de manera satisfactoria.
- Aumentar la distancia respecto al domicilio.

■ Actividades:

- Identificar factores que contribuyan al sentimiento de aislamiento.
- Ayudarle a diferenciar entre sus percepciones y la realidad.
- Planificar un plan estructurado de relación con los demás.
- Iniciar una relación a nivel individual.
- Incrementar de forma gradual la relación con nosotros.
- Ayudarle a identificar cómo afecta a su vida el aislamiento.

- Ayudarle a valorar cómo el aislamiento no ayuda a disminuir su ansiedad.
- Ayudarle a sentirse aceptado por los demás y a que participe en actividades.
- Explorar ganancias secundarias de su conducta.

■ Evaluación:

- Se siente satisfecho en la relación con los demás.
- Adquiere mayor independencia de su conducta, aumentando las distancias de su domicilio.

11 Potencial de violencia: afolesiones, lesiones a otros.

■ Objetivo:

- Controlar la conducta.

■ Actividades:

- Ayudarle a identificar sentimientos de ansiedad o tensión.
- Ayudarle a distinguir sus diversos sentimientos (ansiedad, frustración, hostilidad).
- Valorar con él la forma de expresión apropiada de estos sentimientos, de manera que no resulten hirientes.
- Apoyar la expresión verbal de sentimientos negativos.
- Explotar situaciones que aumentan la ansiedad y comportamientos destructivos.
- Ayudarle a canalizar la tensión de forma más constructiva (gimnasia).
- Valorar factores indicativos del aumento de tensión (comentarios, tono de voz, gestos, temblores).

- res, aumento de la actividad motora).
- Valorar la causa de este aumento de tensión y retirarle de la situación temida.
 - Permanecer tranquilo y accesible si aumenta la tensión.
 - Ayudarle a buscar salida inmediata para disminuir la tensión (andar, golpear un cojín).
 - Evitar personalizar las conductas agresivas.
 - Permanecer con el paciente hasta que recupere el control.
 - Poner límites a sus actividades y movimientos.
 - Analizar conjuntamente el efecto destructivo de esas actuaciones sobre él.
- Evaluación:
- Identifica expresiones no destructivas.
 - Demuestra un aumento de habilidades para controlar, sus impulsos dirigidos a sí mismo o a otros y los canaliza adecuadamente.

12 Alteración en los procesos de pensamiento

■ Objetivos:

- Disminuir las creencias de grandiosidad y los pensamientos mágicos.
- Tomar decisiones.
- Volver a procesos de pensamiento anteriores al estado de ansiedad.

■ Actividades:

- Centrar al paciente en los temas de conversación y redirigirlo cuando se dispersa.
- Ayudarle a encontrar significado en situaciones fuera de él.
- No discutir, ni competir ante sus afirmaciones de grandeza.
- Utilizar un lenguaje simple y concreto.
- Realizar actividades simples y permanecer con él y reenfocar su atención.
- No tomar decisiones innecesarias por él,
- Identificar efectos negativos de la indecisión.

- Señalarle efectos destructivos de la indecisión.
- Enseñarle el proceso de resolución de problemas para la toma de decisiones.
- Ayudarle a realizar valoraciones realistas sobre sí mismo, flexibilizando creencias y opiniones.
- Reforzar su toma de decisiones.
- Explicarle que los demás no saben lo que piensa, si no lo verbaliza, y que no puede influir en los demás, ni en los acontecimientos.
- Ayudarle a aumentar su introspección.
- Ayudarle a distinguir entre pensamientos y acciones.

■ Evaluación:

- Disminuye sus creencias omnipotentes e identifica que sus pensamientos no influyen en otros.
- Disminuye las dudas o indecisiones.
- Realiza valoraciones objetivas.

BIBLIOGRAFIA

- Fernández Pérez, B. M. Apuntes de 3º Curso de Enfermería. Logroño, 1994.
 Master de Enfermería: Tomo de "Enfermería de Salud Mental y Psiquiatría".
 Master de Enfermería: Tomo de "Farmacología".

BIBLIOTECA



Biblioteca

Enfermería en Atención Primaria y Especializada

Libros de Text.
FUNDEN. Ediciones OLALLA

TEMARIOS DE OPOSICIONES PARA CONSULTA EN EL COLEGIO

Enfermería Actual

Temario del Curso organizado por el Consejo de Colegios de Aragón

Oposiciones en Atención Primaria y Especializada

Libros de Text.
Temario del Curso realizado por el Colegio de La Rioja.
Editorial Síntesis.

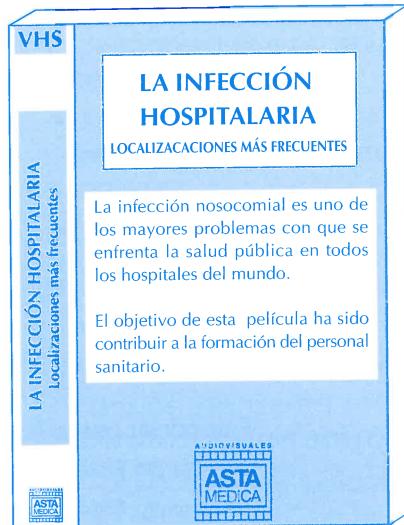
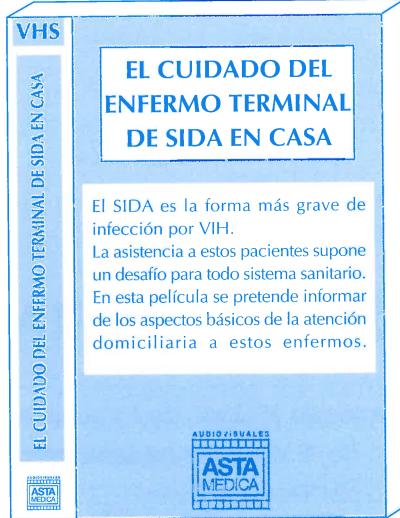
Recordamos que podeis completar el material de estudio con la amplia bibliografía disponible en la biblioteca, abierta en horario de atención al público.

VIDEOTECIA

VIDEOS DISPONIBLES EN EL COLEGIO



Videoteca



SERVICIOS AL COLEGIADO

- Seguro de Responsabilidad Civil.(Ver página 30)
- Asesoría jurídica. Consultas gratuitas temas profesionales.
25% descuento en pleitos jurídicos.
- Programa anual de Formación Continuada. Cursos gratuitos y actividades científicas.
- Información continua de cursos, congresos, etc.
- Becas. Convocatoria anual.
- Premios científicos.
- Biblioteca. Consulta y estudio en el colegio.
- Videoteca. Préstamo para ponencias y exposiciones.
- Aula informática.
- Sala de reuniones. Previa petición.
- Publicaciones. Crónicas de Enfermería y Enfermería Actualidad.
- Parking. Una hora gratuita.
- Representación ante instituciones.
- B.O.E. y B.O.R. para consulta.
- Certificaciones y carnés de colegiados.
- Compulsa gratuita.
- Homenajes. Fiestas de Enfermería.
- Agenda de centros.
- Convenios comerciales con Viajes Ecuador, Cadena N.H. Hoteles, Seguros Caudal.
- Descuentos en comercios. Joyería Balsary, Joyería Relojería Domínguez, Básica Librería Papelería, Magaña Papelería Técnica, Amfer Ópticos, Óptica Angulo, Neumáticos Llantas Alberto, Solo Deportes,

NORMAS DE PUBLICACIÓN PARA LOS ARTÍCULOS CIENTÍFICOS

- Se enviarán a la revista acompañados de una carta en la que se solicite su publicación.
- El mecanografiado se hará en DIN-A4 a doble espacio, siendo recomendable que no exceda de 10 páginas.
- Las hojas estarán numeradas y cada parte del trabajo empezará en una nueva página.
- En la estructura se deberán respetar los siguientes apartados: Título, Resumen, Introducción, Material y Métodos, Resultados, Discusión y Bibliografía.
- Para la bibliografía los autores podrán optar por la inclusión en el texto de notas a pie de página o por una revisión bibliográfica al final del trabajo.
En cualquier caso las referencias a libros se expresarán como sigue: INICIAL Y APELLIDO(S) DEL AUTOR: Título del libro. Editorial, lugar de edición: año, páginas a las que se hace referencia.
- Los autores guardarán copia de todo original que envíen a la revista.
- Se agradecerá cuando sea posible el formato en diskett.

Recordamos que además de trabajos científicos podeis publicar, si se considera oportuno, Cartas al Director, Relatos Breves, y cualquier colaboración que resulte interesante.

AGENDA

I Congreso Internacional de Enfermería Geriátrica

VII Congreso Nacional de la S.E.E.G.G.

II Simposio Nacional sobre Ulceras por Presión

Barcelona 7, 8 y 9 Mayo 1997

V Congreso Nacional de la Asociación Española de Enfermería de Patología Digestiva

Pamplona 7, 8 y 9 Mayo 1997

II Congreso Nacional de Enfermería de la Infancia

IX Jornadas Nacionales de Enfermería de la Infancia

Santander 7, 8 y 9 Mayo 1997

XVII Congreso Nacional de Enfermería en Cardiología

Santander 7, 8 y 9 Mayo 1997

XII Jornadas Nacionales de Enfermería en Traumatología y Cirugía Ortopédica

San Sebastián 7, 8 y 9 Mayo 1997

AVISOS

Renovada la Póliza de Responsabilidad Civil para el año 1997 100 Millones por siniestro

Como ya adelantábamos a finales del pasado año, desde el 1 de Enero está en vigor la póliza de R.C. para el presente año, que mantiene la cobertura por siniestro e introduce mejoras en la cobertura de determinados aspectos de siniestros por radiaciones y transmisión del SIDA, así como un incremento de la cobertura total de la póliza. El aumento de las demandas judiciales contra los profesionales de Enfermería (En la Rioja hay una demanda por 50 millones de ptas.), hace que consideremos mantener y mejorar si es posible este Servicio a los colegiados a pesar del incremento de su coste. Este año la nueva póliza ha supuesto un incremento del 15% de su coste anterior.

- Recordamos que para estar cubierta por la póliza es imprescindible estar al día de las cuotas colegiales.
- En caso de denuncia o sospecha de que podemos ser denunciados, comunicarlo al colegio lo antes posible. No hacer declaraciones sin asesoramiento jurídico.

DEVOLUCION DEL CORREO

La Secretaría del Colegio viene recibiendo la correspondencia enviada a las siguientes colegiadas por algún error en la dirección.

Rogamos a quien se pueda poner en contacto con las mismas que se lo hagan saber para que lo subsanen.

- Minerva Gonzalez LLanos
- M^a Pura Ruiz López
- Magdalena Saenz-de Jubera Viguera
- M^a del Carmen Villafranca Álvarez
- M^a Luisa Lairez Cardiel

- M^a Teresa Sáenz Sáenz
- Begoña Casamayor Mendoza
- M^a Pilar Faro Carballé
- M^a Luisa Martínez de Marañón Díaz de Cerio
- Lourdes Sáenz Lázaro

CANTO A LOS HÉROES



Fernanda Calado. EFE.

Cuando Fernanda Calado Rosales, enfermera jefe del servicio de cirugía del hospital de guerra de Novie-Ataqui (Grozni), decidía prolongar su estancia en este centro sanitario a pesar de haber concluido su contrato con Cruz Roja, no sabía que estaba firmando su sentencia de muerte, aunque quizás sospechase esa posibilidad. Su delito: ser colaboradora de CICR desde 1985 y haberse entregado como persona y como enfermera en labores humanitarias en Angola, Ruanda y por último en Chechenia.

María Flors Sirera era igualmente culpable de recorrer países como Zaire, Senegal, Marruecos, Bolivia, Cuba y fatalmente Ruanda con Médicos del Mundo. Fue juzgada y condenada junto con dos compañeros en Gatonde, hermosa región africana que ellos calificaban de paraíso. Lo cierto es que para Flors el paraíso era cualquier lugar donde "poder ayudar a los demás". Le bastaba su enorme corazón y un ejemplar de "Canto a mí mismo" de Walt Whitman para acudir con las manos abiertas donde fuera necesario.



Maria Flors Sirera. EFE.

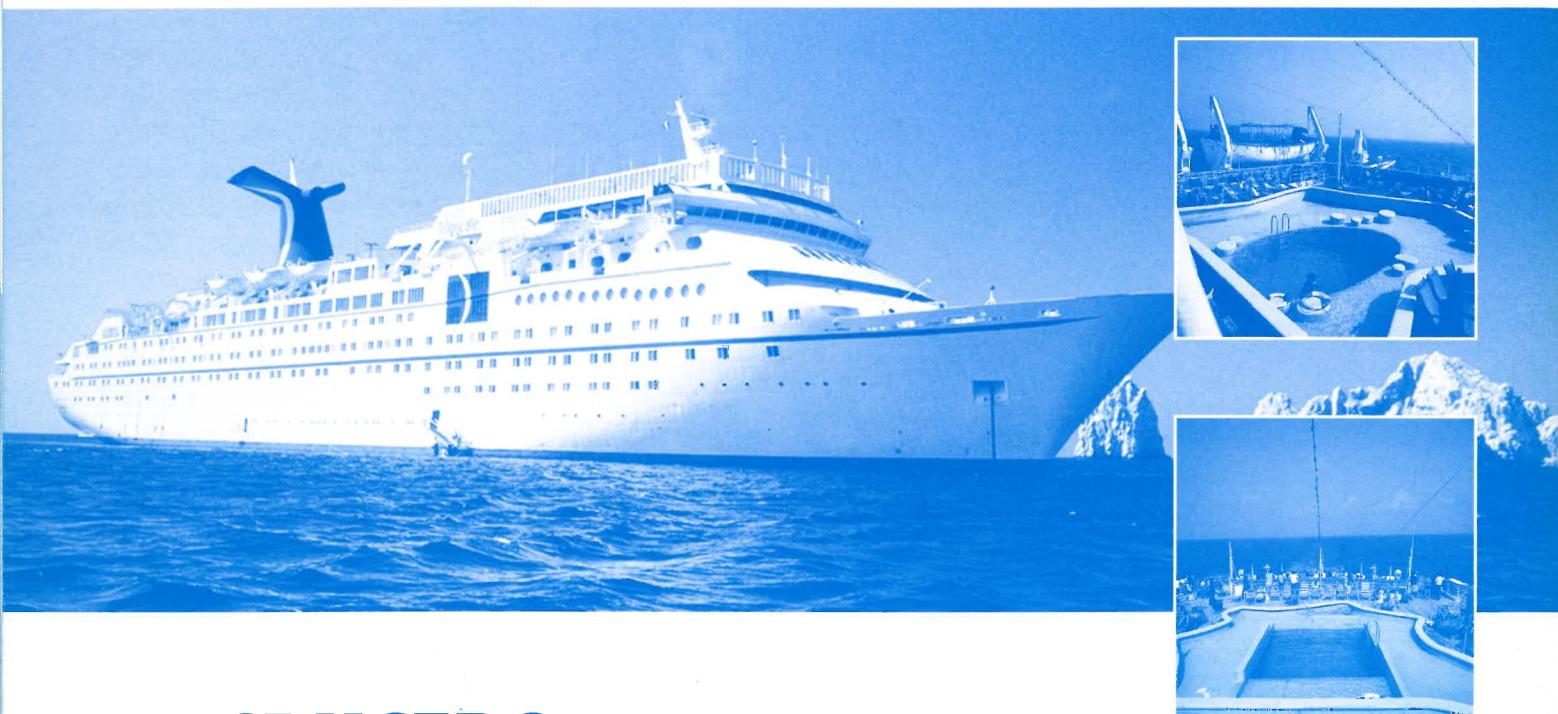
*"La presión de mi pie sobre la tierra
despierta cien afectos
que se burlan de cuánto puedo hacer para unirlos
Estoy enamorado de cuánto crece al aire libre
De los hombres que viven junto al ganado o
sienten el sabor del océano y de los bosques.
De quienes arman o conducen los barcos, de quienes
manejan las hachas o guian los caballos (...)
Y todos éstos llegan a mí, y yo llego a ellos,
Y sea bueno o malo ser parte de ellos,
parte de ellos yo soy,
Y en todos y en cada uno voy tejiendo
el canto a mí mismo."*

WALT WHITMAN.
"Canto a mí mismo"

Hoy recordamos a estas compañeras por su innegable ejemplo de amor a los demás y a su trabajo. Por su condición de Héroes al arriesgar su vida cuidando enfermos en condiciones gravemente hostiles.

Pero hagámoslo con el ánimo puesto en ser tan héroes como ellas. Héroes para cada enfermo en nuestra tarea diaria. Hagamos de nuestra profesión el paraíso de Flors donde, como ella, aliviar el sufrimiento ajeno, aunque para ello nosotros nos tengamos que dejar la piel.

POR SU NÓMINA



CRUCERO POR EL CARIBE

Ésta es una de las muchas ventajas de tener su nómina domiciliada en Ibercaja.
La posibilidad de poder realizar un crucero de lujo por el Caribe.

Pero hay muchas ventajas más, todas pensadas para usted:
créditos especiales, domiciliaciones gratuitas, anticipos sin intereses,
tarjetas de crédito, seguros en condiciones muy ventajosas.
Rentabilidad para sus ahorros, posibilidad de multiplicar su sueldo
y participar en grandes sorteos como éste.

Acérquese a su oficina más cercana y gustosamente le informaremos
y atenderemos como usted se merece,
o si le resulta más cómodo...

Llámennos  Servicio Telefónico **902 11 12 12**

iberCaja 
Super-Servicio Nóminas