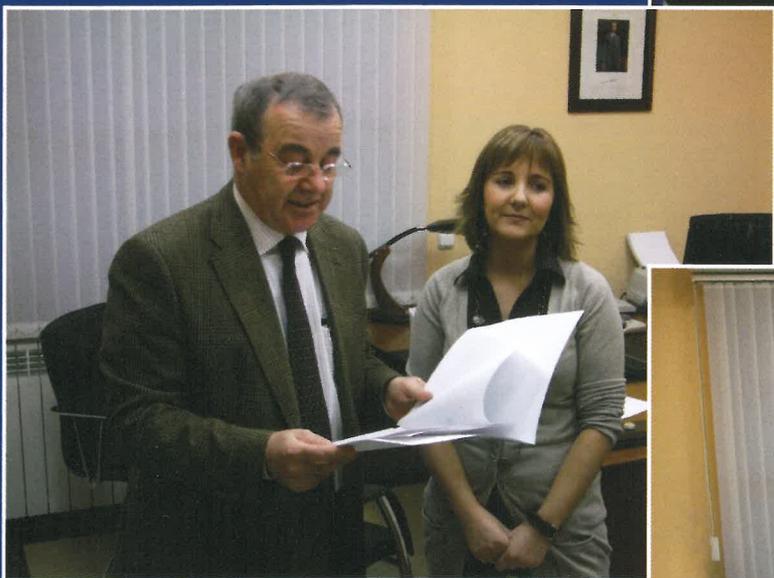


# Crónicas de Enfermería

## *Premios de la XIX convocatoria “Enfermería Riojana”*





**Dirección**

**Consejo de Redacción y  
Consejo de Administración:**

Junta de Gobierno del Colegio Oficial  
de Enfermería de La Rioja

**Coordinación:**

M<sup>º</sup> del Sagrario García Ramos

**Producción Gráfica:**

Reproestudio, S.A.

**Dep. Legal:** LO-150-1984

**ISSN:** 1136-2316

**Colegio Oficial de Enfermería  
de La Rioja:**

Plaza Tomás y Valiente, n<sup>º</sup> 4 - Bajo  
Tfno.: 941 23 92 40 • Fax: 941 23 93 47  
26004 LOGROÑO

E-mail: [coleg26@enfermundi.com](mailto:coleg26@enfermundi.com)

Página web:  
[coerioja.enfermundi.com](http://coerioja.enfermundi.com)

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.

## Sumario

3

Editorial

4

Tendencia temporal durante 30 años de la mortalidad por cáncer de mama en La Rioja. Efecto de la edad, de la cohorte de nacimiento y del período de defunción.

*Enrique Ramalle Gómara*

9

Prevalencia y distribución descriptiva del consumo de tabaco en el paciente mental de la unidad de corta estancia psiquiátrica del Servicio Riojano de Salud.

*Eva María Jiménez Martínez  
Beatriz Angulo Nalda  
Iván Santolalla Arnedo*

16

Estudio de caídas en una población de ancianos institucionalizados.

*Beatriz Chasco Dueñas*

21

Programa de intervención cognitivo-conductual en pacientes con Anorexia Nerviosa tratados en Hospital de Día.

*Ana Ruiz Sacristán*

27

9<sup>ª</sup> Convocatoria  
Certamen Fotográfico.





## Editorial

### INVESTIGACIÓN Y FORMACIÓN EN ENFERMERÍA: SIGLO XXI

Hace apenas unos pocos años nadie de nosotros hubiera imaginado que nuestra disciplina enfermera llegara a ver labrados los cauces para alcanzar las máximas cotas en el techo investigador y académico, y con ello el puente para conquistar, en un breve tiempo, el ansiado y justo respeto e igualdad con otras disciplinas de ciencias de la salud.

La crónica que encierran estas líneas no solo revive esa demanda histórica de acceso a los más altos niveles, cercenadas por ley hasta fechas muy recientes, sino que aplaude esa posibilidad de profundizar en la esencia de nuestra ciencia enfermera a través de investigación reglada, permitida y auspiciada por y para las enfermeras, que sin género de dudas, aumentará de forma celeré el cuerpo de conocimientos de nuestra profesión.

La reforma de los estudios de Enfermería adaptados al nuevo Espacio Europeo de Educación Superior y su incipiente puesta en marcha en nuestro país supone un hito para la homogeneidad con la formación en el resto de países de nuestra área de influencia, y en nuestro contexto territorial, un reconocimiento del nivel académico, que ayudará para el paulatino reconocimiento social (amarrado históricamente al fítulo que ostenta cada profesional) y esperemos del propio sistema sanitario.

Es de agradecer que esta nueva planificación de los estudios, haya sido la lanzadera para dar vida a la edición de Masteres Oficiales en las universidades españolas donde la licencia de acceso para los diplomados en enfermería no fuera extraordinaria, con orlas amplias de promociones de enfermeros con masteres y acceso directo a la realización de tesis doctorales desde la propia disciplina enfermera, dando la bienvenida a un cada vez más numeroso grupo de Doctores, con marchamo enfermero, engrosando el número y potencial de aquellos enfermeros que tuvieron que tomar caminos diversos sinuosos en el ámbito formativo cursando licenciaturas distintas, como trampolín último para alcanzar ese techo académico.

Este techo académico de doctor supone el acceso a niveles de investigación negados hasta la fecha, pudiendo dirigir proyectos de investigación como líder, acariciar subvenciones oficiales o privadas cuya condición de doctor para el solicitante era insalvable, incorporarse a niveles académicos dentro de las universidades negados a diplomados y no doctores, en fin, una cadena de "puertas abiertas" que entendemos cierra y recompensa ese trabajo denodado de generaciones de profesionales, de responsables y representantes de nuestra disciplina que no han cejado en el intento de conquistar lo que ahora podemos comenzar a celebrar.

La Enfermería como disciplina científica es joven en su proceso de construcción, a diferencia de otras. La Enfermería ha pasado con gran rapidez por esos obligados y necesarios estadios de evolución profesional. Hoy, estamos en la plataforma de salida para jugar en primera división en todos los terrenos. No tenemos dudas que esta aceleración de pasos firmes y objetivos claros van a acompañarse de la responsabilidad que requieren estos retos y que sin duda, colectivamente, sabremos aprovechar.

Estas páginas que siguen le acercan de primera mano las investigaciones envueltas en los trabajos galardonados en la XIX edición de los Premios Científicos "Enfermería Riojana", dando fe del nivel de calidad alcanzado por las investigaciones generadas por los profesionales enfermeros de nuestra Región.

Después de estas dos décadas de convocatoria de estos Premios, el Colegio de Enfermería de La Rioja, tiene el decidido propósito, de seguir apostando por esta fórmula de estímulo profesional, alimento para nuestra disciplina y su cuerpo de conocimientos y de acceso al reconocimiento social que merece.

*Junta de Gobierno  
Colegio de Enfermería de La Rioja*



## 1.º Premio de la XIX convocatoria "Enfermería Riojana"

# Tendencia temporal durante 30 años de la mortalidad por cáncer de mama en La Rioja. Efecto de la edad, de la cohorte de nacimiento y del período de defunción

Enrique Ramalle Gómara.

*Doctor por la Universidad de Valladolid. Enfermero.  
Ldo. en Antropología Social.*

### INTRODUCCIÓN

El cáncer de mama en la mujer supone un importante problema tanto desde el punto de vista de Salud Pública como desde el punto de vista de la atención sanitaria, sin obviar las importantes repercusiones psicológicas y emocionales que produce tanto en la mujer como en su entorno familiar. Conlleva también un importante coste sanitario, económico y social<sup>1</sup>.

En la Unión Europea se diagnosticaron 429.000 casos nuevos en el año 2006, que supusieron el 29% de todos los casos incidentes de cáncer<sup>2</sup>. En España se diagnostican anualmente unos 16.000 casos nuevos<sup>3</sup>. En La Rioja se diagnosticaron 107 casos en 1998, el 23% de todos los nuevos diagnósticos<sup>4</sup>. En el año 2005 fallecieron 40 riojanas por esta causa, con una tasa de 29 casos por cada cien mil mujeres. En La Rioja es la principal causa de muerte tumoral en las mujeres<sup>5</sup>.

En La Rioja se han realizado algunos estudios que han tratado de evaluar los cambios recientes en la mortalidad por cáncer de mama, pero cubren un período relativamente corto (1991 a 2000<sup>6,7</sup>) y han utilizado tasas específicas por edad o tasas ajustadas. Los patrones de cambio que se han encontrado en estos estudios pueden ser un reflejo de efectos de tres factores: de la edad al fallecer, de la cohorte (o generación) de nacimiento y del período (tiempo calendario) de

fallecimiento. Los modelos de edad-período-cohorte permiten especificar el efecto independiente de estos tres componentes.

### OBJETIVO

Con los antecedentes anteriores se plantea la realización de un estudio que evalúe los efectos de la cohorte de nacimiento, del período de diagnóstico y de la edad al fallecer en la mortalidad por cáncer de mama en la mujer en La Rioja, para el período de 1976 a 2005.

### MATERIAL Y MÉTODOS

#### *Diseño*

Se ha realizado un estudio descriptivo de las tendencias en la mortalidad por cáncer de mama, analizando los efectos de edad, período y cohorte<sup>8,9</sup>.

#### *Fuentes de información*

Las defunciones por cáncer ocurridas en La Rioja para el período 1976 a 1990 han sido facilitadas por el Instituto Nacional de Estadística (INE). Desde 1991, año en que se puso en marcha el Registro de Mortalidad de La Rioja<sup>10</sup>, los datos proceden de este Registro.

Los datos de población para el cálculo de los denominadores de las tasas se han obteni-



do del Instituto Nacional de Estadística a partir del fichero de Proyecciones y Estimaciones Intercensales de Población (<http://www.ine.es/tempus/pob/pob.htm>) y están calculadas a 1 de julio de cada año.

### Análisis de datos

#### TASAS BRUTAS

Se han calculado tasas brutas y ajustadas por edad y se han expresado por cien mil mujeres y año de defunción.

#### Análisis de los efectos de edad, período y cohorte

Los modelos de regresión de Poisson pueden proporcionar explicaciones independientes de los tres componentes de la tendencia temporal de la mortalidad, por separado: edad, período de defunción (año) y cohorte de nacimiento<sup>11</sup>. Los modelos llamados de edad-período-cohorte asumen que el logaritmo de una tasa (de incidencia o de mortalidad) es la suma de tres componentes que representan el efecto de los grupos de edad, los períodos de defunción y la cohorte de nacimiento<sup>12</sup>.

## RESULTADOS

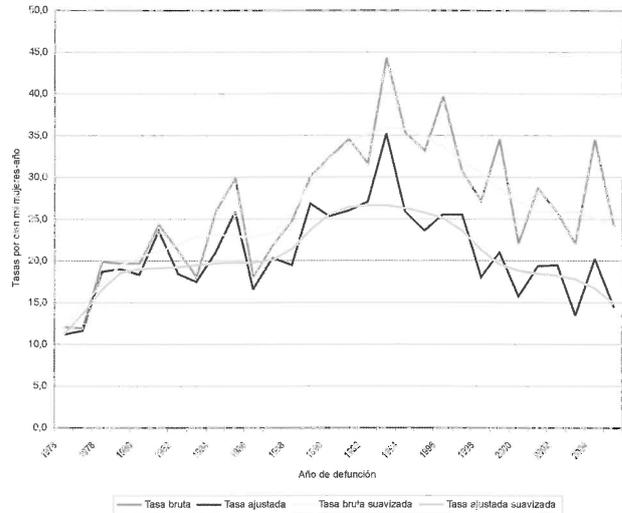
### Tasas brutas y ajustadas por edad

Tanto en términos de tasas brutas como de tasas ajustadas se aprecia un incremento en la mortalidad hasta el año 1993 y un descenso a partir de ese año (Figura 1). La tasa bruta del año 1993 es 3,7 veces mayor que la que había en 1976, mientras que la del año 2005 es 1,8 veces menor que la del año 1993. Una situación semejante se da en términos de tasas ajustadas: la tasa de 1993 fue tres veces mayor que la de 1976 y la de 2005, 2,4 veces menor que la de 1993.

### Estimación de los parámetros de los factores de edad, período y cohorte

La estimación de los parámetros para la edad, el período y la cohorte se representa gráficamente en la figura 2.

**Figura 1. Casos y tasas de mortalidad brutas y ajustadas por edad para el cáncer de mama. La Rioja, 1976 a 2005. (Tasas expresadas por cien mil mujeres)**



#### EFFECTO DE LA EDAD

Las tasas de mortalidad se van incrementando conforme aumenta la edad, si bien hay una cierta ralentización entre los 50 y los 60 años de edad (Figura 10). En los dos grupos de mayor edad, el aumento es exponencial.

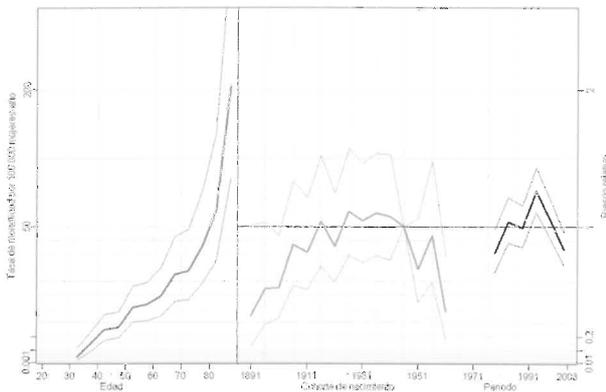
#### EFFECTO PERÍODO Y EFFECTO COHORTE

El período de referencia, aquel con el que se comparan el resto de períodos, es 1993. Como la mortalidad fue máxima en ese período (Figura 1) el resto de períodos han tenido un riesgo menor de muerte. El riesgo ha ido aumentando hasta ese año y desde entonces ha disminuido.

Con respecto al efecto cohorte, las diferentes generaciones incluidas en el estudio y que comienzan en 1890 han ido aumentando su riesgo de muerte, hasta hacerse máximo para las nacidas en 1930. Desde entonces el riesgo ha ido disminuyendo (Figura 2).

El efecto período es más acusado que el efecto cohorte (Figura 2). Las tasas de mortalidad según períodos y grupo de edad han aumentado en relación con la edad, pero también se observa como las tasas, para todos los grupos de edad, fueron máximas para el período de defunción 1991-96, cuyo año central fue 1993 (Figura 2).

**Figura 2. Efecto de la edad, el período de defunción y la cohorte de nacimiento sobre la mortalidad por cáncer de mama. La Rioja, 1976-2005**



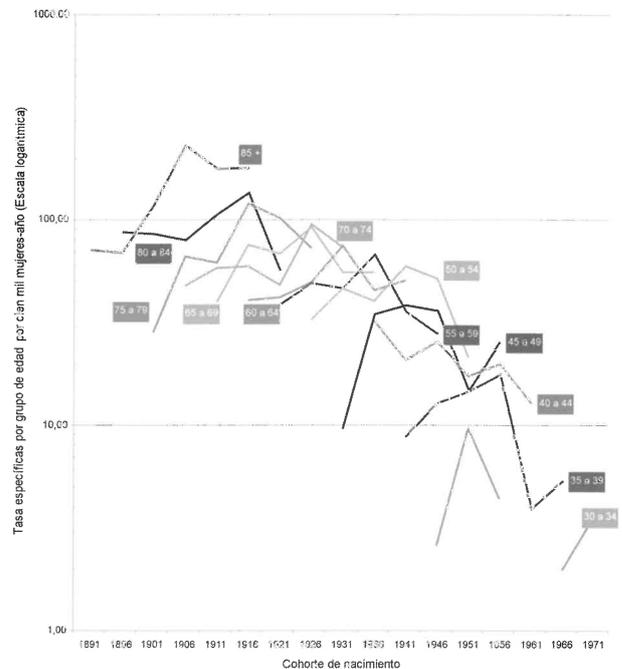
Todos los grupos de edad han tenido tasas de mortalidad por cáncer de mama más bajas conforme han ido avanzando las cohortes de nacimiento, de forma que las cohortes más jóvenes han tenido, para el mismo grupo de edad, tasas de mortalidad más bajas, con la excepción del grupo de 35-39 años y de 45 a 49 (Figura 3). El grupo de edad de 30-34 años muestra la línea entrecortada porque no se produjeron fallecimientos en la cohorte de 1876-80. Por otro lado, esta misma figura muestra un claro efecto edad, ya que las tasas de mortalidad por cáncer de mama son bajas para los grupos de edad más jóvenes y va aumentando en función de que aumenta la edad.

## DISCUSIÓN

### Efecto de la edad

El efecto de la edad muestra un patrón similar al encontrado en otros estudios. La edad incrementa el riesgo de muerte, con crecimientos exponenciales hasta los 50 años, donde hay una fase de crecimiento menor y, a partir de los 60 años, recupera nuevamente su carácter exponencial (Figura 2). Este fenómeno, denominado "Clemmensen hook", ha sido observado en diferentes países tanto en los datos de incidencia como en los de mortalidad, y se interpreta como la superposición de dos curvas correspondientes a los tumores pre y postmenopáusicos respectivamente<sup>13</sup>.

**Figura 3. Tasas específicas de mortalidad según grupo de edad y cohorte de nacimiento**



### Efecto del período de defunción

El estudio ha mostrado un importante efecto período con un punto de inflexión en el año 1993. Las tasas de mortalidad venían aumentando desde 1976, pero a partir de 1993 comenzaron a disminuir. En el último período analizado (2003), las tasas de mortalidad por cáncer de mama fueron un 35% más bajas que las que había en 1993, una vez ajustado por edad y cohorte.

Los efectos de período podrían ser explicados por la introducción de los programas de detección precoz mediante mamografía, pero en este caso la disminución de la mortalidad no puede ser atribuida a la puesta en marcha de este programa en La Rioja, ya que se instauró el mismo año en que comenzó el descenso en la mortalidad (año 1993).

La explicación alternativa se centra en la eficacia de los tratamientos contra el cáncer. Existe un cierto consenso en que el descenso es debido a la mejora en los tratamientos, que han incorporado a la cirugía y la radioterapia, la quimioterapia y la hormonoterapia<sup>14,15</sup>, además de los tratamientos sistémicos adyuvantes



administrados antes de la cirugía para eliminar micrometástasis<sup>16</sup>, como, por ejemplo, el tamoxifeno<sup>17</sup>. Un estudio en EE.UU. atribuyó a los tratamientos adyuvantes una reducción de la tasa de mortalidad por cáncer de mama que varió entre el 35 y el 72% en función de varios modelos contemplados<sup>18</sup>. También la detección temprana de tumores palpables<sup>19</sup> ha tenido influencia en el descenso de la mortalidad. Los razonamientos anteriores pueden justificar el descenso en la mortalidad en La Rioja y en otros lugares, ya que las tasas de mortalidad disminuyeron en prácticamente todas las regiones españolas en el período 1991 a 1995<sup>17</sup> y explican la presencia del efecto período encontrado en el estudio en el año 1993.

#### *Efecto de la cohorte de nacimiento*

El efecto cohorte es menos manifiesto en el estudio, si bien el riesgo ha ido aumentando hasta hacerse máximo en las mujeres nacidas en 1930 y posteriormente, las sucesivas cohortes de nacimiento han tenido un riesgo menor.

Es difícil encontrar explicaciones concretas a los efectos de cohorte en el caso de la mortalidad por cáncer de mama. En general, los efectos cohorte están asociados con hábitos o exposiciones a largo plazo que afectan a distintas generaciones de manera diferente<sup>20</sup>. Para la mortalidad por cáncer de mama, algunos estudios han sugerido que los cambios que se produjeron a partir de 1920, donde las tasas de mortalidad por cohorte comienzan a disminuir, puedan ser atribuidos a la modificación en las prácticas relacionadas con la maternidad. Para las mujeres nacidas entre 1920 y 1950 se ha especulado un efecto protector debido a la menor edad media con que tenían su primer hijo, ya que una edad temprana al nacimiento del primer hijo se asocia con un menor riesgo de cáncer de mama<sup>21</sup>. Este efecto protector no explicaría el menor riesgo que también existe para las mujeres nacidas después de 1950, ya que estas mujeres han tenido los hijos a edades más tardías de la vida. En este caso, la explicación podría venir del beneficio del amamantamiento. Las mujeres que han dado de mamar a sus hijos más de cinco meses mos-

traron un riesgo menor de cáncer de mama, sobre todo cuando la edad materna era superior a los 25 años<sup>22</sup>. Otros cambios en los estilos de vida también se han asociado con los efectos cohorte, de manera que el consumo de carne de ternera, la obesidad, el consumo de alcohol, los contraceptivos orales o la terapia de reemplazo hormonal podrían incrementar el riesgo de cáncer<sup>23</sup>.

## CONCLUSIONES

1. La Rioja muestra un patrón de mortalidad por cáncer de mama semejante al de otras regiones españolas y a lo encontrado para los países europeos.
2. Existe un importante efecto período que se manifiesta desde el año 1993, con tasas de descenso desde entonces de alrededor del 5%.
3. El descenso en la mortalidad afecta a los grupos de edad de 30 a 44 años y de 45 a 65, pero no a los de 66 y más años de edad.
4. Existe un efecto cohorte menos importante que el efecto período y que produce descenso en las generaciones nacidas a partir de 1930.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Rodríguez, M.C.; Villar, F. *Cribado poblacional de cáncer de mama en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 1998.
- (2) Ferlay, J.; Autier, P.; Boniol, M.; Heanue, M.; Colombet, M.; Boyle, P. "Estimates of the cancer incidence and mortality in Europe in 2006". *Ann Oncol* 2007, 18(3): 581-592.
- (3) Área de Epidemiología Ambiental y Cáncer. *La situación del cáncer en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005.
- (4) Perucha, J. *Incidencia de cáncer en La Rioja, años 1995, 1996, 1997 y 1998*. Logroño: Gobierno de La Rioja, 2005.
- (5) Izco, N. "Mortalidad en La Rioja, año 2005". *Boletín Epidemiológico de La Rioja* 2007, 236: 1735-1739.
- (6) Ramalle-Gómara, E. "Tendencias recientes en la mortalidad por cáncer de mama en La Rioja, período 1991 a 2000". *Boletín Epidemiológico de La Rioja* 2003, 181: 1.295-1.298.
- (7) Ramalle-Gómara, E. *Mortalidad por cáncer en La Rioja, período 1991 a 2000*. Logroño: Instituto de Estudios Riojanos, 2005.



- (8) Robertson, C.; Boyle, P. "Age-period-cohort models of chronic disease rates. II: Graphical approaches". *Stat Med* 1998; 17(12): 1.325-1.339.
- (9) Robertson, C.; Boyle, P. "Age-period-cohort analysis of chronic disease rates. I: Modelling approach". *Stat Med* 1998, 17(12): 1.305-1.323.
- (10) Izco, N.; Ramalle Gómara, E. *Mortalidad en La Rioja en el período 1991 a 2001*. Edición electrónica. Logroño: Gobierno de La Rioja, 2006.
- (11) Kleinbaum, D.G.; Kupper, LL.; Morgenstern, H. *Epidemiologic research. Principles and quantitative methods*. New York: Van Nostrand Reinhold; 1982.
- (12) Arbeev, K.G.; Ukraintseva, S.V.; Arbeeva, L.S.; Yashin, AI. "Decline in human cancer incidence rates at old ages: Age-period-cohort considerations". *Demographic Research* 2005, 12: 273-300.
- (13) Cayuela, A.; Rodríguez-Domínguez, S.; Ruiz-Borrego, M.; Gili, M. "Age-period-cohort analysis of breast cancer mortality rates in Andalucía (Spain)". *Ann Oncol* 2004; 15(4): 686-688.
- (14) Botha, J.L.; Bray, F.; Sankila, R.; Parkin, D.M. "Breast cancer incidence and mortality trends in 16 European countries". *Eur J Cancer* 2003; 39(12): 1.718-1.729.
- (15) Saigí, E.; Pujadas, J. "Descenso de la mortalidad por cáncer de mama". *FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria* 2001; 8(9): 585-586.
- (16) Jones, A.L. "Reduction in mortality from breast cancer". *BMJ* 2005; 330(7485): 205-206.
- (17) Ascunce, N.; Moreno-Iribas, C.; Barcos, A.; Ardanaz, E.; Ederra, M.; Castilla, J. et al. "Changes in breast cancer mortality in Navarre (Spain) after introduction of a screening programme". *J Med Screen* 2007; 14(1): 14-20.
- (18) Berry, D.A.; Cronin, K.A.; Plevritis, S.K.; Fryback, D.G.; Clarke, L.; Zelen, M. et al. "Effect of screening and adjuvant therapy on mortality from breast cancer". *N Engl J Med* 2005; 353(17): 1.784-1.792.
- (19) Althuis, M.D.; Dozier, J.M.; Anderson, W.F.; Devesa, S.S.; Brinton, L.A. "Global trends in breast cancer incidence and mortality 1973-1997". *Int J Epidemiol* 2005; 34(2): 405-412.
- (20) Robertson, C.; Gandini, S.; Boyle, P. "Age-period-cohort models: a comparative study of available methodologies". *J Clin Epidemiol* 1999; 52(6): 569-583.
- (21) Jatoi, I.; Miller, A.B. "Why is breast-cancer mortality declining?". *Lancet Oncol* 2003; 4(4): 251-254.
- (22) Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50.302 women with breast cancer and 96.973 women without the disease. *Lancet* 2002; 360(9328): 187-195.
- (23) Clèries, R.; Ribes, J.; Esteban, L.; Martínez, J.M.; Borrás, J.M. "Time trends of breast cancer mortality in Spain during the period 1977-2001 and Bayesian approach for projections during 2002-2016". *Ann Oncol* 2006.



## 2º Premio de la XIX convocatoria "Enfermería Riojana"

# Prevalencia y distribución descriptiva del consumo de tabaco en el paciente mental de la unidad de corta estancia psiquiátrica del Servicio Riojano de Salud

Un estudio cuantitativo para el análisis de la dependencia tabáquica en este grupo de riesgo. Nuevas perspectivas de intervención enfermera

Eva María Jiménez Martínez.

*Enfermera Unidad Corta Estancia Psiquiátrica - Hospital San Pedro.*

Beatriz Angulo Nalda.

*Enfermera Unidad Corta Estancia Psiquiátrica - Hospital San Pedro.*

Iván Santolalla Arnedo.

*Supervisor Unidad Media Estancia Psiquiátrica - Hospital San Pedro.*

### INTRODUCCIÓN

La adicción a la nicotina mantenida mediante el consumo de tabaco es la más destructiva de todas las formas de drogadicción debido a las muertes, enfermedades y costes económicos que provoca en el mundo entero. En España, al igual que en otros países desarrollados, el tabaquismo es la primera causa aislada de mortalidad y morbilidad evitable (1;2). La evidencia científica sobre los riesgos que conlleva el consumo de tabaco para la salud de la población es concluyente. La dependencia de la nicotina se considera un trastorno del comportamiento, es decir una enfermedad crónica que causa la muerte prematura a más de la mitad de aquellos que la padecen. El tabaquismo se considera una gran epidemia mundial donde causa 2 millones de muertes naturales (3-5).

Se estima según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que el consumo de tabaco es responsable del 90% de la mortalidad por cáncer de pulmón, del 95% de muertes por enfermedad pulmonar obstructiva crónica, del 50% de la mortalidad cardiovascular y del 30% de las muertes que se

producen por cualquier tipo de cáncer. Debemos destacar que en nuestro país mientras se va produciendo un descenso masculino en el hábito de fumar, aumenta paulatinamente el porcentaje femenino, así en 1997 existía un 45% de hombres fumadores frente a un 27% de mujeres, los datos obtenidos en el 2001 revelan que hay un 40,7% de hombres fumadores frente a un 30,5% de mujeres (6;7).

Las enfermedades derivadas del consumo de tabaco generan altos costes económicos a la sociedad, a las estancias hospitalarias, habría que añadir los gastos producidos por la asistencia extrahospitalaria, gasto farmacéutico, los gastos sociales ocasionados por las pensiones e invalideces, el absentismo laboral, los accidentes y las lesiones que sufre más frecuentemente la población fumadora (8).

Ya desde el estudio de Russell (9) publicado en 1979 se sabe que el consejo los profesionales de la salud es eficaz para abordar el tabaquismo desde una perspectiva de salud pública. Más recientemente diversas guías de práctica clínica han indicado la necesidad de incorporar esta intervención a la práctica habitual de todos los profesionales sanitarios e



individualizarla de modo que sea adecuada a la fase de abandono de cada paciente (10). Ante esta problemática es necesario que en el marco de las competencias que corresponden a los gobiernos de las diferentes Comunidades Autónomas se considere necesario un conjunto de actuaciones encaminadas a la prevención y asistencia de personas con adicciones y a la regulación de las medidas de control de la oferta de sustancias potencialmente adictivas y de otros productos que pueden generar adicción (11).

### *Tabaquismo versus Patología Mental*

Los trastornos relacionados con la nicotina vienen recogidos en los dos principales instrumentos de diagnóstico de trastornos mentales: Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades, Trastornos Mentales y del Comportamiento -CIE 10 (12) y en el Manual Diagnóstico estadístico de los trastornos Mentales -DSM-IV-TR (13), considerándose a la nicotina como una droga psicoactiva que produce tolerancia, dependencia fisiológica y refuerzo (13-15). La propia conducta de fumar, el reforzamiento de la nicotina, los factores ambientales, el sabor y el olor del tabaco, y el manejo de un cigarrillo en la mano, cuando ocurren conjuntamente durante mucho tiempo, fomentan la dependencia psicológica de la nicotina (16;17).

La gravedad de la dependencia de esta sustancia se pone de manifiesto en el hecho de que la mayor parte de los fumadores hace varios intentos de dejar de fumar, con los que menos del 50% deja finalmente el tabaco. Los fumadores que tienen antecedentes o manifestaciones actuales de ansiedad, depresión o esquizofrenia tienen menos probabilidades de dejar de fumar (2;18).

El tabaquismo puede exacerbar los efectos secundarios de algunos psicotropos. Por inducción enzimática la nicotina podría disminuir los niveles plasmáticos de los antipsicóticos y anti-depresivos (19;20). El Bupropion, medicamento en auge para el tratamiento de deshabituación tabáquica, está contraindicado en varias enfermedades mentales como: pacientes con anorexia o bulimia nerviosa, pacientes con antecedentes de trastorno bipolar o pacientes

que estén en proceso de deshabituación alcohólica o de retirada de benzodiazepinas (19). Además tenemos muy pocos estudios en población psiquiátrica sobre la eficacia de los tratamientos de primera línea utilizados en la población general (TSN, bupropion, nortriptilina) (21).

Ante esta situación resulta de interés monitorizar y obtener información del consumo de tabaco en el colectivo de pacientes mentales, ya que se les puede considerar como un grupo poblacional con especial vulnerabilidad ante los efectos de esta droga.

### **MATERIAL Y MÉTODO**

El estudio, realizado durante el año 2006, es desarrollado en la unidad de Psiquiatría de pacientes agudos del Servicio Riojano de Salud, esta unidad, abierta el 1 de julio de 1988, siguiendo las recomendaciones del Informe Ministerial para la Reforma de la Asistencia Psiquiátrica y la Ley General de Sanidad, se encuentra ubicada en el Hospital de La Rioja el cual forma parte del Complejo Hospitalario San Millán-San Pedro de La Rioja del Área de Salud II de esta Comunidad Autónoma. En esta unidad se lleva a cabo la hospitalización psiquiátrica de pacientes agudos en situación de crisis, cuando los beneficios terapéuticos del ingreso son superiores al tratamiento en régimen de atención ambulatoria y así lo requiere el momento clínico del usuario.

La unidad está compuesta por 26 camas, el número de pacientes ingresados de 1 de enero de 2006 a 31 de diciembre de 2006, sin contar los reingresos de estos mismos pacientes fue de 339, la estancia media fue de 18,77 días. El 21,87% de los ingresos se realizaron de forma programada y el 78,13% de forma urgente. El 25,34% de los pacientes ingresados en el año 2005 en la unidad presentaba un diagnóstico de esquizofrenia, el 15,07% un trastorno psicótico, el 11,87% trastorno mental relacionado con el abuso de alcohol y un 8,45% con otras drogas, el 7,76% trastorno bipolar, un 7,31% trastorno de personalidad y un 6,62% trastorno depresivo (22).

Se llevó a cabo un estudio transversal en el que se encuestó a una muestra representa-



tiva de los pacientes atendidos en esta unidad durante el año 2006. Con la finalidad de facilitar la triangulación de los resultados con otros estudios, se empleó como cuestionario una adaptación del utilizado en la Universidad de Navarra, departamento de Ciencias de la Salud, para el estudio de estilos de vida en la población general, que además de variables sociodemográficas, recoge información sobre el consumo de tabaco y otras drogas, así como de la satisfacción personal y otros aspectos relacionados con los estilos de vida. El cuestionario preserva en todo momento el anonimato del encuestado.

Tres profesionales colaboradores de la unidad, Diplomados Universitarios de Enfermería con más de tres años de ejercicio profesional en el área de salud mental, realizaron la aplicación de los cuestionarios siguiendo las instrucciones dirigidas al profesional sanitario colaborador con el objeto de seguir una pauta homogénea en su aplicación. Los pacientes se seleccionaron de forma aleatoria de entre los psiquiátricamente estables y en los días previos al alta.

La patología psiquiátrica que se asocia a cada individuo, ha sido contrastada con el diagnóstico clínico realizado por los médicos psiquiatras especialistas de la unidad de hospitalización a cada paciente, basándose para ello en las Descripciones Clínicas y Pautas para el diagnóstico que aparecen en la Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades CIE 10.

El tratamiento de los datos y los cálculos estadísticos se realizaron con la versión 12.0 del programa informático SPSS/PC para Windows. Para la interpretación de los resultados, se eligió un nivel de significación estadística de  $p < 0,05$  para un intervalo de confianza del 95%.

## OBJETIVO

Estimar la prevalencia y distribución descriptiva de consumo de tabaco en una muestra de 81 enfermos mentales que han ingresado durante el año 2006 en la Unidad de Agudos de Psiquiatría del Servicio Riojano de Salud.

Determinar la necesidad de implantación de nuevas estrategias de intervención enfermera para el desarrollo de programas de deshabituación tabáquica en el paciente mental.

## RESULTADOS

El estudio se realizó en la Unidad de hospitalización de Agudos de Psiquiatría del SERIS situado en Logroño (La Rioja), durante el año 2006. Pasaron la encuesta 90 pacientes, se desestimaron 7 cuestionarios por tener más del 10% de preguntas de análisis esencial en blanco y 2 por estar contestados de forma incoherente. La muestra final válida fue de 81 pacientes mentales.

### *Descripción de la muestra*

53 individuos, el 65,4% de la muestra correspondía al **sexo** masculino, y 28 individuos, el 34,6% de la muestra correspondía al sexo femenino.

Respecto a la **edad**, 6 individuos (7,4%) tenían entre 18-25 años, 32 individuos (39,5%) tenían entre 25-35 años, 28 individuos (34,6 %) tenían entre 35-45 años, 5 individuos (6,2%) tenían entre 45-55 años, 9 individuos (11,1%) tenían entre 55-65 años, 1 individuo (1,2%) tenía más de 65 años. La media de edad fue 38,27 años.

Respecto a la **patología** que tienen los pacientes encuestados hay que destacar que la mayoría, 36 individuos (44,4%) padecen Esquizofrenia, seguido de un 11,1% que padecen trastorno depresivo, un 7,4% trastorno de personalidad, un 7,4% trastorno bipolar, un 6,2% trastorno ansioso-depresivo, un 6,2% trastorno psicótico, un 4,9% alcoholismo, un 3,7% trastorno dismórfico, un 3,7% distimia, un 2,5% anorexia nerviosa, un 1,2% politoxicomanía y un 1,2% trastorno obsesivo-compulsivo .

De la población estudiada, el porcentaje mayor respecto al **estado civil** lo sustenta el colectivo de soltero-a con un 70,7% de la muestra, le sigue con un 20% el colectivo casado/a o vive en pareja, un 5,3% están divorciados y un 4% separados.

Respecto a los **ingresos mensuales** de la muestra estudiada se obtienen los siguientes



resultados el 26,4% cobran menos de 300 euros, el 34,7% de 301 a 600 euros, el 26,4% de 601 a 1.000 euros y el 12,5% más de 1.000 euros.

Respecto a la **situación laboral** de la muestra estudiada se obtienen los siguientes resultados el 43,2% tienen una incapacidad permanente o están jubilados, el 19,8% están en paro, el 18,5% son trabajadores en activo, el 18,5% tienen otra situación laboral.

Respecto al **nivel de estudios** de la muestra se obtienen los siguientes datos, el 42% tienen EGB o Estudios primarios, el 23,5% Estudios secundarios, Bachiller, BUP, el 23,5% FP o equivalente, el 7,4% Diplomatura Universitaria, el 2,5% están sin escolarizar y el 1,2% tienen Licenciatura Universitaria.

#### *Análisis estadístico: tabaquismo*

De los 81 pacientes encuestados 54 de ellos son fumadores (66,7%) y 7 exfumadores (8,6%). Existen 20 individuos (24,7%) que nunca han fumado.

Se aprecian diferencias estadísticamente significativas por **sexo** (Chi-cuadrado= 10,935, GL= 2, p= 0,004), un 77,8% de los hombres son fumadores frente a un 22,2% de mujeres. Respecto a los individuos que nunca han fumado también existe diferencia entre sexos, habiendo un 60% de mujeres que lo afirman, frente a un 40% de varones (tabla 1).

En cuanto a la **clasificación por edad**, el 44,4% de los fumadores se agrupan en el intervalo de edad entre 25-35 años y el 38,9% entre 35-45 años. El mayor porcentaje de exfumadores con un 28,6% se encuentra en el intervalo de edad entre 45-55 años y otro 28,6% en el de 55-65 años. Del grupo de los que nunca han fumado, la mayoría, con un 35% se agrupan en el intervalo de edad entre 25-35 años. Hemos de decir que tras el análisis estadístico realizado, no existe significación estadística entre ambas variables.

Hay asociación entre la **condición de fumador y la patología mental padecida** (Chi-cuadrado= 34,108, GL= 22, p= 0,048). Del total de fumadores, la mayoría con un 53,7% padecen esquizofrenia, también es significativo que solo un 1,9% tienen trastorno ansioso-depresivo y que no hay ningún fumador que

padezca distimia. Del total de exfumadores, y de los que nunca han fumado, un 42,9% y un 20% respectivamente padecen esquizofrenia. De los que nunca han fumado es significativo, que la mayoría con un 25% padezcan trastorno depresivo y un 15% distimia (tabla 2).

En cuanto al **Estado Civil** hemos de decir que existe relación estadísticamente significativa con la variable Condición de Fumador (Chi-cuadrado= 22,032, GL= 6, p= 0,001). El 80% de los fumadores, pertenece al grupo de los solteros frente al 8% que están casados.

Respecto a los **ingresos mensuales**, hemos de decir que no hay asociación estadística con la condición de fumador, a pesar de ello destaca que un 40,4% de los fumadores tienen unos ingresos mensuales entre 300-600.

Respecto al **nivel de estudios** no existe asociación estadística con la condición de fumador.

Respecto a la **situación laboral** existe asociación con la condición de fumador (Chi-cuadrado: 20,020, GL= 6, p= 0,003). La mayoría con el 55,6% y el 42,9% respectivamente de fumadores y exfumadores tienen una incapacidad permanente o están jubilados, sin embargo la mayoría de los que nunca han fumado, con un 40% son trabajadores en activo; es significativo que solo un 9,3% de los fumadores son trabajadores en activo y solo un 10% de los que nunca han fumado tienen una incapacidad permanente o están jubilados.

De los fumadores solo un 27% están **pensando en dejar el hábito** frente a un 44,6% que no piensan en ello. De los exfumadores un 1,4% llevan menos de seis meses sin fumar y un 8,1% llevan más de seis meses sin fumar.

**Hay diferencia por sexos** significativa habiendo asociación estadística (Chi-cuadrado= 11,509, GL= 4, p= 0,021). Un 53,1% de varones no están pensando en dejar el hábito frente a un 28% de mujeres. Hay más mujeres que afirman que nunca han fumado (36%) respecto a varones (10,2%).

La mayor parte de los fumadores con un 71,7%, **comenzaron a fumar** en el intervalo de edad de 12-18 años, el 19,6% en el de 18-25 años, el 6,5% en el de <12 años y el 2,2% en el de 25-35 años. De los exfumadores, coincidiendo



do con el colectivo de fumadores, el 75% comenzaron a fumar en el intervalo de edad de 12-18 años y el 25% en el de 18-25 años. Hemos de decir que no existe significación estadística entre las dos variables.

Respecto al **intervalo de edad en el que se comienza a fumar** no hay diferencias entre sexos, la mayoría con un 70,3% y un 76,9% en varones y mujeres respectivamente empezaron a fumar en el intervalo de edad entre 12-18 años.

El 56% de los fumadores fuman de 11-20 **cigarrillos al día**, el 20% de 20-30 cigarrillos al día, el 14% de 30-40 cigarrillos al día, el 8% de 6-10 cigarrillos al día y el 2% de 1-5 cigarrillos al día. La media de cigarrillos fumados al día en números enteros es de 22,50.

Analizando el **número de cigarrillos fumados al día con la edad** obtenemos que no existe relación entre ambas variables, si que existe correlación estadística entre las variables **número de cigarrillos fumados diarios y sexo** ( $t=2,380$ ,  $GL= 48$ ,  $p= 0,021$ ), son los varones con 24,05 cigarrillos diarios los que más fuman frente a las mujeres que fuman 17 cigarrillos al día.

Respecto al **numero de años que llevan fumando** nuestros pacientes, el 46,7% llevan de 11-20 años, un 17,8% llevan de 21-30 años, un 17,8% llevan de 6-10 años, un 6,7% de 31-40, un 6,7% más de 40 años y un 4,4% de 1-5 años.

## DISCUSIÓN

El consumo de tabaco es una conducta ampliamente extendida en nuestra muestra, lo que no permite prever que, a medio plazo, disminuyan de forma importante en esta población los problemas de salud asociados al consumo de esta sustancia. Tras el análisis estadístico de los datos la prevalencia de consumo de tabaco presenta diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres, siendo en el colectivo de hombres donde se objetivan más fumadores, así como en el de solteros, en el de los que padecen esquizofrenia y/o entre los que su situación laboral es tener una incapacidad permanente o estar jubilado, por lo tanto son grupos a los que prestar una especial atención a la

hora de establecer programas de deshabituación tabáquica.

De la investigación cuantitativa y su triangulación con otros estudios similares podemos concluir:

- La existencia de una mayor prevalencia de tabaquismo en pacientes mentales.
- Es en el colectivo de enfermos mentales donde se comienza a fumar a más temprana edad.
- La enfermedad mental que posee mayor prevalencia de tabaquismo con respecto al resto es la esquizofrenia.
- Existe menor prevalencia de exfumadores en pacientes mentales que en la población en general.
- La mayor prevalencia de fumadores en el colectivo de enfermos mentales puede ser debido a que la nicotina es una droga simpaticomimética, que actúa sobre el sistema mesolímbico dopaminérgico que es la principal vía de recompensa, lo que hace que la actividad de la nicotina mejore en el fumador el estado de ánimo, ansiedad y cognición, que están particularmente afectados en el tipo de patología que se padece en la muestra estudiada.
- Los pacientes mentales sienten una necesidad de tabaco superior que la población general, en muchos casos es su actividad preferida, incluso lo anteponen a la ingesta de alimentos, piensan que les da más beneficios que inconvenientes, sienten la necesidad de autoimagen de fumador para verse menos estigmatizados, tienen mayor temor a la abstinencia, por tanto es necesario más incentivos que en la población sana para la cesación.
- Los riesgos de cesación de tabaco en enfermos mentales son llamativos ya que puede producirse una recaída psicótica con conducta inapropiada e ideación autorreferencial o paranoide, y farmacológicamente se afecta el metabolismo de antipsicóticos como la Clozapina, Olanzapina, Haloperidol o Flufenacina.



Ella lleva a enfatizar una vez más sobre la necesidad de implantar de forma más general programas y estrategias de prevención del consumo de tabaco en el colectivo de enfermos mentales. Su integración definitiva en los Programas de Salud de Atención Primaria, Especializada y en los Planes de Prevención en general es una asignatura pendiente. Los profesionales de la salud, especialmente los enfermeros/as dentro de su modelo de atención biopsicosocial son piedras angulares de estas intervenciones, con una valoración de las necesidades de salud de estos pacientes en relación a este consumo, elaborando planes de cuidados específicos independientes de los grupos de deshabituación generales y de las intervenciones estándar para la población general.

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) Trastornos adictivos 2005; 7 (nº 3).
- (2) Ramírez Ruiz Denise de Andrade, M. "La familia y los factores de riesgo relacionados con el consumo de alcohol y tabaco en los niños y adolescentes". *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 13. 2005.
- (3) Olano Espinosa, E.; Matilla Pardo, B.; González Díaz, M.; Martínez González, S. "El consejo para dejar de fumar: por qué, cuándo y cómo debemos darlo a nuestros pacientes". *Atención Primaria* 36. 2005.
- (4) Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. *Evaluación de la eficacia, efectividad y coste-efectividad de los distintos abordajes terapéuticos para dejar de fumar*. Madrid (40). 2003.
- (5) Peto, R. *Mortality from smoking in develop countries*. 1950-2000. 1994.
- (6) Pascual, M.; Cavestany, S.; Moncada, J.; Salvador, J.C.; Melero, J.A. *Drogas: más información menos riesgos*. 2003.
- (7) Federación Andaluza de Municipios y Provincias. *Datos Epidemiológicos en España y Andalucía sobre tabaquismo*. 1995.
- (8) Martín, C. "Evaluación Anual de un programa de ayuda al fumador". *Atención Primaria* 12, 86-90. 1993.
- (9) Russell, M.A. *Effect of a general practitioners advice against smoking*. 1979.
- (10) Torrecilla, M. "Recomendaciones para el abordaje diagnóstico y terapéutico del fumador". *Atención Primaria* 30, 310-317. 2002.
- (11) Gobierno de La Rioja. Consejería de Salud y Servicios Sociales. *Ley 5/2001, de 17 de Octubre, sobre dependencias y otras adicciones*. 2001.
- (12) Organización Mundial de la Salud. Ginebra. CIE 10. *Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento*. 1992.
- (13) López-Ibor, J.J.; Valdés Miyar, A.M. *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. 2002.
- (14) Gold, MS. *Tabaco*. 1995.
- (15) Begoña, E. "Dependencia a la nicotina y consumo de tabaco en estudiantes de psicología". *Revista Española de drogodependencias* 22, 271-280. 1997.
- (16) Ayesta, J. *Farmacología de la Nicotina*. 1997.
- (17) Marín, D.; González, J. *El tabaquismo como drogodependencia*. 1998.
- (18) Hughes, J.R. "Smoking Cessation among self-quitters". *Health Psychol*. 1992.
- (19) Ministerio de Sanidad y Consumo. Asociación Mundial de psiquiatría. *Trastornos debidos al consumo de tabaco*. Sesión 17. 2003.
- (20) American Psychiatric Association. *Guías Clínicas para el tratamiento de los trastornos psiquiátricos*. 2003.
- (21) Pinet, M.C. *Primer Seminario Internacional sobre tabaquismo y patología mental*. Santander. 2005.
- (22) Sistema de Información de la Red de Salud Mental de la Rioja. 2005.

**Tabla 1. Condición de Fumador según Sexo**

		SEXO		Total		
		Varón	Mujer			
CONDICIÓN DE FUMADOR	Fumador	Recuento	42	12	54	
		%	77,8%	22,2%	100,0%	
		Residuos corregidos	<b>3,3</b>	<b>-3,3</b>		
	Exfumador	Recuento	3	4	7	
		%	42,9%	57,1%	100,0%	
		Residuos corregidos	-1,3	1,3		
	Nunca he fumado	Recuento	8	12	20	
		%	40,0%	60,0%	100,0%	
		Residuos corregidos	<b>-2,8</b>	<b>2,8</b>		
	Total		Recuento	53	28	81
			%	65,4%	34,6%	100,0%

Chi-cuadrado de Pearson = 10,935 GL = 2 p = 0,004



**Tabla 2. Condición de Fumador según Patología**

		CONDICIÓN DE FUMADOR			TOTAL	
		Fumador	Exfumador	Nunca he fumado		
PATOLOGÍA	ALCOHOLISMO	Recuento	4	0	0	4
		%	7,4%	,0%	,0%	4,9%
		Residuos corregidos	1,5	-,6	-1,2	
	ANOREXIA N.	Recuento	1	1	0	2
		%	1,9%	14,3%	,0%	2,5%
		Residuos corregidos	-,5	<b>2,1</b>	-,8	
	DISTIMIA	Recuento	0	0	3	3
		%	,0%	,0%	15,0%	3,7%
		Residuos corregidos	<b>-2,5</b>	-,5	<b>3,1</b>	
	ESQUIZOFRENIA	Recuento	29	3	4	36
		%	53,7%	42,9%	20,0%	44,4%
		Residuos corregidos	<b>2,4</b>	-,1	<b>-2,5</b>	
	POLITOXICOMANÍA	Recuento	1	0	0	1
		%	1,9%	,0%	,0%	1,2%
		Residuos corregidos	,7	-,3	-,6	
	T. ANSIOSO DEP.	Recuento	1	1	3	5
		%	1,9%	14,3%	15,0%	6,2%
		Residuos corregidos	<b>-2,3</b>	,9	1,9	
	T. OBS.-COMP.	Recuento	1	0	0	1
		%	1,9%	,0%	,0%	1,2%
		Residuos corregidos	,7	-,3	-,6	
	T. PERSONALIDAD	Recuento	3	1	2	6
		%	5,6%	14,3%	10,0%	7,4%
		Residuos corregidos	-,9	,7	,5	
	T. BIPOLAR	Recuento	3	1	2	6
		%	5,6%	14,3%	10,0%	7,4%
		Residuos corregidos	-,9	,7	,5	
	T. DEPRESIVO	Recuento	4	0	5	9
		%	7,4%	,0%	25,0%	11,1%
		Residuos corregidos	-1,5	-1,0	<b>2,3</b>	
T. DISMÓRFICO	Recuento	3	0	0	3	
	%	5,6%	,0%	,0%	3,7%	
	Residuos corregidos	1,2	-,5	-1,0		
T. PSICÓTICO	Recuento	4	0	1	5	
	%	7,4%	,0%	5,0%	6,2%	
	Residuos corregidos	,7	-,7	-,3		
<b>TOTAL</b>		Recuento	54	7	20	81
		%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Chi-cuadrado de Pearson = 34,108 GL = 22 p = 0,048



## Accésit extraordinario de la XIX convocatoria "Enfermería Riojana"

# Estudio de caídas en una población de ancianos institucionalizados

Beatriz Chasco Dueñas.

*Enfermera Unidad Corta Estancia Psiquiátrica - Hospital San Pedro.*

### MOTIVO Y JUSTIFICACIÓN DEL TRABAJO

Las caídas constituyen uno de los síndromes geriátricos más importantes por la elevada incidencia y por las repercusiones que van a provocar en la calidad de vida del anciano, prevenir este tipo de accidentes es uno de los objetivos prioritarios en todos los ámbitos de atención a los ancianos y muy especialmente en los centros residenciales de larga estancia.

El principal motivo para el inicio de este estudio, fue intentar identificar las principales causas de caídas en nuestros ancianos institucionalizados, y comparar factores de riesgo y consecuencias con otros estudios, así como, identificar las acciones más eficaces para prevenirlas y detectar a los pacientes con mayor riesgo de sufrirlas.

### INTRODUCCIÓN

La OMS define caída como la consecuencia de cualquier acontecimiento que precipita al paciente al suelo en contra de su voluntad.

Una caída es el resultado de una serie de interacciones entre el enfermo y el medio donde se encuentra, la etiología es multifactorial, intervienen factores tanto intrínsecos como extrínsecos, hay que tener en cuenta 3 factores clave:

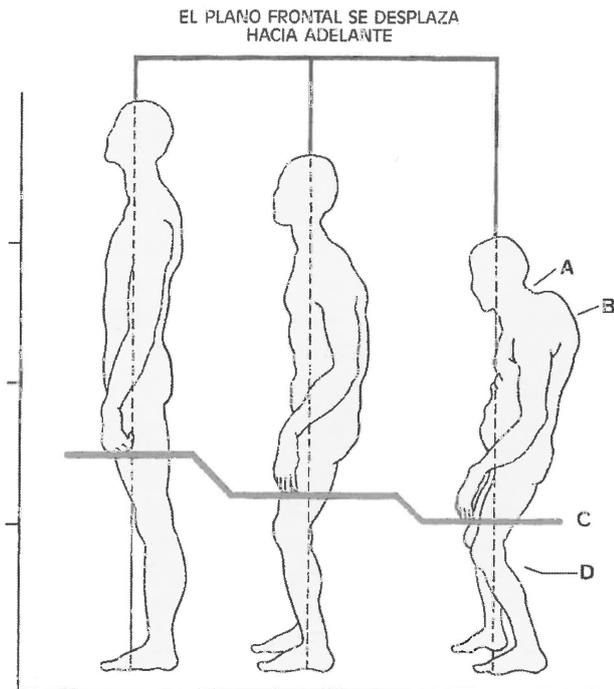
- El propio proceso de envejecimiento.
- Las características ambientales.
- Las características propias del residente.

### *El proceso de envejecimiento*

El envejecimiento se ha definido como el proceso de la hipofuncionalidad progresiva asociada a la vida. Envejecer supone una progresiva adaptación a una serie de disminuciones físicas, psíquicas y sociales, biológicamente existe un desgaste progresivo anatómico y fisiológico que, a nivel práctico, se traduce en una pérdida de funcionalidad.

Con la edad la postura tiende a adoptar una actitud de flexión general, la columna vertebral disminuye su longitud, se observará cifosis de la columna dorsal, flexión ligera de codos, muñecas, caderas y rodillas, debido a las modificaciones de la postura se cambia el centro de gravedad, la columna lumbar tiende a aplanarse haciendo que la columna superior y la cabeza basculen hacia delante. (Figura siguiente).

Estos cambios conducen a alteraciones en la marcha: aumento del balanceo de lado a lado; disminución de la extensión y balanceo con cada paso; falta de coordinación de los movimientos; disminución de la longitud del paso, aumento del polígono de sustentación y una marcha como si arrastrase los pies a medida que el peso corporal se desvía de un antepié a otro. Además, la pérdida de agudeza visual, la pérdida del tono y masa muscular así como el enlentecimiento del tiempo de reacción etc. Son factores colaboradores para un gran número de caídas.



## MATERIAL Y MÉTODO

Estudio descriptivo, prospectivo observacional.

### *Período de tiempo de investigación*

3 años (01/01/2005 - 31/12/ 2007)

### *Población de estudio*

Ancianos institucionalizados de una residencia de La Rioja. Se incluyeron en el estudio a todas aquellas personas que estaban ingresadas o ingresaron durante los 3 años de estudio de manera temporal o permanente en la residencia, no se incluyeron aquellos residentes con edades inferiores a 65 años por no cumplir el criterio de ser ancianos y aquellos ingresos temporales cuya estancia fue inferior a 2 meses por ser un tiempo escaso para valorar caídas, también se descartaron aquellas caídas producidas fuera del recinto residencial, por considerar que el riesgo estaba aumentado por falta de familiaridad, por no haber personal sanitario en el exterior de la residencia y porque podían influir numerosos factores que escapan a nuestro control.

En total la muestra de estudio incluía 154 residentes con edades comprendidas entre

65 y 101 años de edad, siendo la edad media de la muestra 82,70 años.

### *Características de la población total de estudio*

90 son mujeres (58.44%) y 64 son hombres (41.56%) de los cuales: 56 residentes deambulan sin ningún tipo de ayuda; 31 residentes van en bipedestación con ayuda de bastón o andador y 67 residentes van en silla de ruedas, siendo independientes para su manejo; 7 residentes y precisando ayuda para impulsar la 60 residentes.

Para la investigación se desarrolló una primera etapa de búsqueda bibliográfica se combinaron 2 bases de datos científicos CUIDEN Y COCHRANE y se estableció un registro de caídas como método de captación de los casos, además se utilizaron las historias clínicas para recopilar información sobre patologías y medicaciones.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El nº de caídas registradas a lo largo de 3 años fueron 198 caídas en 75 residentes diferentes, algunos sufrieron caídas múltiples.

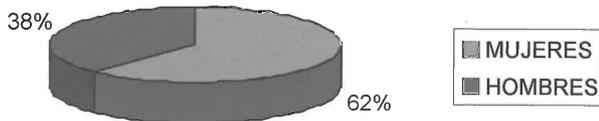
En España se han identificado tasas de caída en este tipo de ancianos de 0.75/anciano/año. En nuestra residencia han variado significativamente a lo largo de los tres años de estudio, así durante el primer año la tasa fue 0.46/anciano/año, en los 2 años siguientes 0.79/anciano/año y 0.75/anciano/año respectivamente. El hecho de que durante el primer año de recogida de caídas se hayan registrado unas tasas bastante inferiores a la media nacional, puede deberse a un sesgo de declaración de aquellas caídas que no producían consecuencias, por considerarse simples incidentes o quizás al ser el primer año de registro de caídas, por falta de sensibilización hacia la importancia de dicho registro. Así, en los 2 años siguientes nos igualamos a la media nacional.

En cuanto a la distribución por sexo la mayor parte ocurren en mujeres:

Teniendo en cuenta que es mayor el número de mujeres en la residencia y aplicando el test de  $X^2$ . No se han encontrado diferencias

estadísticamente significativas, es decir, el hecho de ser mujer no está asociado a un mayor riesgo de sufrir una caída, simplemente caen más veces porque son mayor en número.

CAÍDAS 2007



Estudiando la distribución por meses se observó un aumento del número de caídas durante los meses de julio, agosto y diciembre, así en los 3 años consecutivos, hay estudios similares que recogen el mayor número de caídas también durante estos mismos meses, coincidiendo con los períodos vacacionales del personal, durante los cuales el volumen de trabajadores que desconocen el centro y que desconocen las capacidades y las necesidades de los pacientes es mayor. Por lo tanto, se considera imprescindible el desarrollo de programas de educación sanitaria en prevención de caídas a los trabajadores; encaminada a explicar y demostrar la importancia de una vigilancia continuada a los individuos con un claro potencial de caerse.

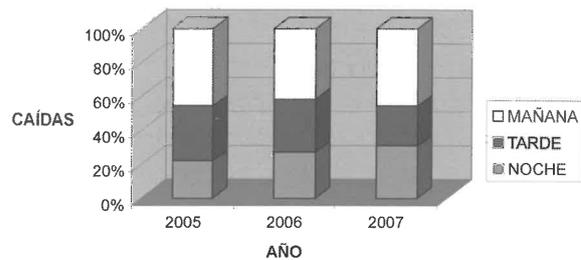
En cuanto a la distribución por turno de trabajo se han registrado un mayor número de caídas en el turno de mañana seguido por el turno de tarde y por último el turno de noche.

El mayor nº de caídas se produce en la habitación del residente, seguida por la galería, juntas suponen más del 60% de las caídas producidas.

En todos los estudios consultados el mayor nº de caídas también se produce en la habitación. Dato importante a tener en cuenta a la hora de establecer medidas preventivas.

Analizando el tipo de ayudas técnicas que utilizaban aquellos que sufrieron las caídas obtuvimos: un mayor nº de caídas en residentes que deambulan sin ningún tipo de ayuda, seguidos por los que necesitan silla de ruedas para los desplazamientos y el menor nº de caídas se produce en aquellos residentes que deambulan con necesidad de bastón o andador.

CAÍDAS POR TURNO



Se han encontrado como causas principales que provocan las caídas: resbalón y accidente, juntas suman más del 50% de las caídas que se producen cada año. Como principales motivos que originan el resbalón se han encontrado:

Humedad del suelo, bien por la propia orina del residente como por cualquier vertido que se ha derramado, incluso comida, así como, por el uso de calzado inadecuado en quienes se levantan por la noche y deambulan en calcetines.

Los motivos más frecuentes de accidentes han sido: caídas de la cama al suelo al bajarse accidentalmente las barras de seguridad de la cama, al inclinarse desde la silla de ruedas a coger algo que está fuera del alcance o por empujón de las puertas del ascensor al entrar o salir de él.

En segundo lugar mareo y tropezón, seguido por el resto de causas.

En aquellas caídas en las que el residente refería mareo: En muchos casos no se han encontrado hallazgos patológicos en la exploración, sólo en 3 casos se observó que había hipoglucemia y en 2 casos fiebre alta.

En cuanto a la presencia de patologías demostradas de riesgo por otros estudios similares encontramos una fuerte asociación con el riesgo de caídas, el dato es significativo: más del 90% de las caídas se producen en residentes que padecen alguna patología de riesgo.

En cuanto al consumo de fármacos se asumieron como medicaciones de riesgo aquellos medicamentos que en varios estudios coincidían demostrando que eran factores de riesgo para caídas: neurolépticos, benzodiacepinas, antidepresivos y antihipertensivos. Más del 50% de los pacientes que



sufrieron caídas estaban tomando alguno o varios medicamentos de estos grupos.

La consecuencia física más inmediata son las fracturas: el primer año de estudio se registró una sola fractura, en los 2 años siguientes se registraron 4 fracturas cada año, lo que suponía una proporción variable entre un 2,2% y un 5,4%, datos sensiblemente inferiores a los encontrados en estudios similares en los que las fracturas sobre el total de caídas registradas oscilan entre el 8 y el 10%, siendo la más frecuente la de cadera, en esto coincidimos.

Como consecuencia de las secuelas producidas por las caídas, así como del deterioro general provocado por estas, en quienes las sufren se producen en nuestra residencia 2 fallecimientos al año, proporción que se mantiene durante los 3 años de estudio.

Los resultados nos sorprendieron así que decidimos pasar una encuesta anónima al personal que no realizaba el registro de caídas para valorar si eran conscientes de la magnitud del problema. Se realizó una encuesta a las auxiliares de enfermería que llevaban más tiempo en plantilla y que habían vivido el fenómeno de las caídas desde que se inició el estudio. Obteniendo los siguientes datos el 60% creen que se producen menos de 25 caídas al año, la realidad es que en los 2 últimos años se han producido más de 70 cada año.

El 60% creen que los residentes que más se caen son los que deambulan con ayuda de bastón o andador, sin embargo, los que más caen son los que deambulan sin ayuda de medios técnicos.

En cuanto al número de defunciones que se producen al año como consecuencia de las secuelas producidas por las caídas solo un 10% creen que más de una, se han producido 2 muertes al año como consecuencia de las caídas.

Esta encuesta deja al descubierto que la magnitud del problema no es sentida por los trabajadores como tal, los programas de prevención son una necesidad real y hay que conseguir que sea una necesidad sentida, parte de la responsabilidad como profesionales sanitarios es conseguir que esto sea así, por

ello queda justificada la puesta en marcha de programas de educación sanitaria al personal, incidiendo sobre todo en medidas de prevención de caídas.

Es importante la sensibilización del personal respecto al tema. Recalcando que la finalidad del registro de caídas no es la culpabilización de los profesionales, sino el descubrir los factores relacionados con los incidentes para poder adoptar las medidas imprescindibles de prevención.

## CONCLUSIONES

Se constata la elevada frecuencia de caídas en ancianos institucionalizados.

Se concluye que el paciente que sufre una caída en nuestra residencia es generalmente una mujer, con edad media de 82.7 años que deambula sin ayudas técnicas, padece alguna patología de riesgo y consume fármacos de riesgo, frecuentemente se cae en su habitación, en el turno de mañana.

Este estudio ha servido para una aproximación al problema. Ya que los hallazgos obtenidos han permitido, además de conocer mejor las historias de caídas que se producen en nuestra residencia, reflexionar sobre la forma más idónea de prevenirlas.

Hemos de definir cuales son los factores de riesgo más frecuentes, más fácilmente detectables, sobre los que resulte menos costoso actuar, y que a su vez nos permitan obtener mejores resultados, es una labor compleja.

El uso de sujeciones no es la solución, también se debe evitar una actitud sobreprotectora y restrictiva de la movilidad y autonomía del anciano, que provocaría una tendencia a la soledad y aislamiento de la persona al disminuir sus contactos y relaciones sociales, así como inmovilismo, además de una elevada incapacidad que podría conducir a caídas posteriores.

Las intervenciones de enfermería, muy simples, pero a veces olvidadas, como por ejemplo mantener las rutinas intestinales y vesicales y recordar a los pacientes que pidan ayuda, puede disminuir la incidencia de caídas.



Las intervenciones que se adaptan a las necesidades individuales son más eficaces que aquellas que se aplican como un "módulo estándar".

En la actualidad continua el registro de caídas. Sería interesante que todos los profesionales se concienciasen de la importancia de cumplimentarlo, a fin de, identificar las personas que se hallan en mayor riesgo de caer. De esta manera podrían centrarse las medidas preventivas en la población más susceptible.

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) Segura Noguera, J.M.; Barreiro Montaña, M.C.; Bastida Bastús, N.; Collado Gastalver, D.; González Sallanellas, M.; Linarez Juan de Sentmenat, C. Enfermos crónicos domiciliarios: valoración integral físico-cognitiva y caídas durante 3 años de seguimiento. *Atención Primaria* 2000; 25(5): 297-310.
- (2) Bueno Cavnillas, A.; Padilla Ruiz, F.; Peinado Alonso, C.; Espigares García, M.; Gálvez Vargas, R. Factores de riesgo de caídas en una población anciana institucionalizada. Estudio de cohortes prospectivo. *Medicina Clínica* 1999; 112 (1): 10-15.
- (3) Brakey, M.R. Mitos y realidades acerca de las caídas de los pacientes. *Nursing* 1997; 15(1): 54.
- (4) Kane, R.L.; Ouslander, J.G.; Abrassib. *Geriatric Clinica*. McGraw-Hill Interamericana. Méjico, Septiembre de 1997.
- (5) Doris, L.; Carnevali, Máxime Patrick. *Tratado de Enfermería Geriátrica 2ª Edición*. Interamericana-McGraw-Hill. Méjico, 1986.
- (6) Astrain, Y. Caídas en pacientes ingresados: incidencia y factores de riesgo. *Nursing* 1990; 8 (2): 51-53.
- (7) Castro Estévez, Y. caídas en los ancianos institucionalizados. Valoración de riesgos e intervenciones. *Rol enfermería* 2004; 27(4): 43-48.
- (8) Dorca Coll, A.; Céspedes Céspedes, T.; Prats Climent, B.; Dorca Coll, M.R. ¿Por qué se caen los ancianos? *Rol enfermería* 1990; 139 : 23-27.
- (9) Gonzalo Rubio, M.; Martínez Sellares, R. Las caídas geriátricas y su prevención en la residencia asistida Fundación Santa Eulalia. *Gerokomos* 2002; 13(2): 80-90.
- (10) Montoya Juárez, R.; Martín de Villodres, P. Gestión e indicadores de calidad en residencias de ancianos. Una revisión bibliográfica. *Gerokomos* 2004; 15 (3): 147-153.
- (11) Moreno, V.; Gómez, A.; Skurzok, H.; Camaño, E.; García, F.; Escobar, M.V. et al. Caídas en una residencia asistida. Estudio de un año de seguimiento. *Gerokomos* 2000; 11(2): 62-70.
- (12) Pescador Valero, A.; Lizán García, M.; Salas Sáiz, M.A., Romero González, A.; Córcoles Jiménez, M.P. Registro de caídas en el complejo hospitalario Albacete durante el año 2000. *Enfermería Universidad Albacete* 2001; 13: 5-10.
- (13) Padilla Ruiz, F.; Bueno Cabanillas, A.; Peinado Alonso, C.; Espigares García, M.; Gálvez Vargas, R. Frecuencia, características y consecuencias de las caídas en una cohorte de ancianos institucionalizados. *Atención Primaria* 1998; 21(7): 437-445.
- (14) Torres Egea, P.; Sánchez Castillo, P.D.; Gorzano Rubio, M.; Martínez Sellares, R. Importancia de la formación continuada de los profesionales en la prevención de caídas en pacientes geriátricos institucionalizados. *Gerokomos* 2005; 16(1): 6-17.
- (15) Frías Trigo, V.; García Mérida, J. caídas en una unidad sociosanitaria. *Metas de Enfermería* 2004; 7(7): 60-64.
- (16) Pérez Melero, A. *Enfermería geriátrica*. Editorial Síntesis 2002; 279-289.
- (17) Santos Laraña, M.A.; Clavería Aranguren, M.U.; Ollobarren Huarte, C.; Agote Cuesta, C.; Domínguez Gómez, C.; Goñi Guillén, M. Monitorización de las caídas como efecto adverso en pacientes hospitalizados. *Metas de Enfermería* 2007; 10(9): 18-22.
- (18) Martínez Sabater, A.; Milvaques Faus, L. Caídas en el anciano. *Enfermería Integral*, 2000; 53: XX-XXII.
- (19) Alorda Terrasa, C. Uso de sujeciones. *Metas Enfermería* 2000; 3(24): 16-19.
- (20) Gomáriz Guijarro, A.; Nicolás Torres, D. El problema de las caídas en la tercera edad. *Gerokomos* 1991; 11(3): 24-25.



## Accésit extraordinario de la XIX convocatoria "Enfermería Riojana"

# Programa de intervención cognitivo-conductual en pacientes con Anorexia Nerviosa tratados en Hospital de Día

Ana Ruiz Sacristán.

*Enfermera Especialista en Salud Mental y Obstétrico Ginecológico.*

### INTRODUCCIÓN

Los trastornos alimentarios, y en especial la anorexia, tienen cada día una mayor relevancia sanitaria y social. Es por ello que hay un renovado interés por mejorar cualitativa y cuantitativamente los recursos terapéuticos disponibles<sup>1</sup>.

La Anorexia Nerviosa es uno de los trastornos psicológicos cuyo desenlace puede ser la muerte<sup>2</sup>. Algunos estudios informan que la anorexia nerviosa tiene el índice más alto de mortalidad que cualquier trastorno psiquiátrico en mujeres jóvenes. Así, según un diseño, seccionado transversalmente que estudiaba una muestra de 954 pacientes, 326 diagnosticados de anorexia nerviosa (1981-2000) obtenida en un programa terciario provincial de trastornos alimentarios del Hospital St. Paul (Canadá), la tasa estandarizada de mortalidad (SMR) era de 10.5 (intervalo de confianza 95% (CI)= 5.5-15.5) para la anorexia nerviosa<sup>3</sup>.

Según los datos recogidos por Fernández Aranda y Turón Gil, la incidencia de esta patología (nuevo número de pacientes por año por cada 100.000 habitantes) ha pasado de valores del 0,37 (Kendell, 1973) en la década de los años 60 y 0,64 en la década de los 70 (Jones y cols., 1980), a valores de 6,3 en la década de los 80 (Hoek, 1991). Lo cual representa, en la última década, valores del orden de 34 nuevos casos por año por cada 100.000 habitantes en mujeres con edades entre 15 y 25 años (Hall, 1991). Los trastornos de alimentación son patologías que han incrementado

en mayor medida su incidencia en los últimos años, hecho que se ve reflejado indirectamente en el número de nuevos casos atendidos en unidades especializadas (Turón, Fernández y Vallejo, 1992)<sup>4</sup>.

Esta condición afecta con más frecuencia a las mujeres, del 1 al 2% de la población femenina y sólo del 0,1 al 0,2% de los hombres<sup>5</sup>. En los países europeos se acepta una prevalencia cercana al 1% para la Anorexia Nerviosa en mujeres jóvenes<sup>6</sup>.

En los casos menos graves, se suele utilizar una terapia ambulatoria (individual, grupal y familiar) mientras que en los casos de sintomatología más grave se recomienda un tratamiento bajo internamiento hospitalario, de mayor coste y con importantes repercusiones para la vida cotidiana de los pacientes<sup>7</sup>.

Sin embargo, dado el aumento de la incidencia de esta patología, existe un interés generalizado por reducir costes e incrementar la oferta terapéutica, por ello son cada vez más los centros que recurren a procedimientos de hospitalización parcial o de hospital de día, más económicos que los tratamientos bajo hospitalización (Dibella y cols., 1982)<sup>4</sup>.

El Hospital Universitario de Toronto fue uno de los pioneros, a mediados de los 80, en describir y aplicar un programa de hospital de día en pacientes aquejados por un trastorno alimentario (Piran y Kaplan, 1990)<sup>4</sup>.

Los programas de tratamiento de día pueden proporcionar una estructura alrededor



de las comidas y a la vez una terapia intensiva, sin que el paciente se aísle totalmente del apoyo y los retos que tiene en su medio habitual. Ello puede facilitar la transición entre el ingreso y el tratamiento ambulatorio, sin perder los beneficios obtenidos y atenuando el riesgo de la puerta giratoria, que fomenta las ideas de cronicidad y desesperanza<sup>8</sup>.

El tratamiento psicológico debe enfocarse a conseguir unos cambios duraderos en los pensamientos y emociones relacionados con el peso corporal, la silueta y el tamaño corporal, de forma que se disminuya la importancia que la delgadez tiene para el paciente, y la comida deje de ser la respuesta cuasi universal ante todos los retos y problemas que plantea la vida<sup>9</sup>.

El propósito de este trabajo de investigación consiste en la elaboración de un programa cognitivo-conductual que permita que pacientes con anorexia nerviosa, en régimen de hospital de día, mejoren la evolución de su trastorno mediante intervenciones terapéuticas biológicas, psicológicas, familiares y socio-culturales, llevadas a cabo por un equipo formado por enfermeras especialistas en Salud Mental. En este trabajo se presenta un estudio con datos cedidos por el Hospital de Día de la Unidad de Trastornos Alimentarios de Madrid S.L., ubicada en el Hospital Psiquiátrico del Dr. León, en Madrid.

## OBJETIVOS

### *Objetivo general*

Determinar la efectividad de un programa cognitivo-conductual, en pacientes diagnosticados de Anorexia Nerviosa en el Hospital de Día.

### *Objetivos específicos*

- Comparar la efectividad del programa cognitivo-conductual, en pacientes que presentan Anorexia Nerviosa tratados en régimen de Hospital de Día, a través de las siguientes mediciones pre y post intervención:

- Recuperación ponderal significativa, evaluada por el Índice de Masa Corporal (IMC).
- Reducir significativamente las actitudes y creencias alteradas relacionadas con el trastorno, evaluadas por el Eating Disorders Inventory (EDI-2).
- Reducir significativamente los síntomas comórbidos de depresión, según el Inventario de Depresión de Beck (versión infantil CDI).
- Reducir significativamente los comportamientos alimentarios anómalos observados por los padres, evaluados por la Escala de observación de conducta anoréxica para padres (ABOS).

## METODOLOGÍA

### *1. Sujetos a estudio*

*Población diana:* pacientes diagnosticados de Anorexia Nerviosa, según los criterios del DSM-IV.

*Población a estudio:* pacientes diagnosticados de Anorexia Nerviosa con media de edad de 14.75 años (d.s.=1.66), que hayan recibido atención previa a nivel hospitalario y/o ambulatorio, tratados en el Hospital de Día de TCA del Hospital Psiquiátrico Dr. León en Madrid, desde enero de 2006 hasta junio de 2007.

*Muestra:* La bibliografía consultada describe programas compuestos por grupos de 10-12 pacientes, como máximo. Debido al escaso tamaño muestral que resultaría y para evitar, en la medida de lo posible, sesgos aleatorios, se llevara a cabo la selección de los datos recogidos de una muestra de 40 pacientes, que cumpliendo los criterios de inclusión/exclusión, hayan sido derivados de la Unidad de Psiquiatría del Hospital Universitario Niño Jesús, Centros de Salud Mental de Área, ADANER (Asociación de afectados de Anorexia y Bulimia de Madrid), e iniciativas privadas.

Se llevarán a cabo, de forma sistemática, cuatro intervenciones sucesivas, dirigidas a grupos de 10 pacientes cada una, mediante



la aplicación del programa cognitivo-conductual propuesto.

## 2. Intervención a realizar

El hospital de día de psiquiatría funcionará cinco días a la semana (de lunes a viernes) durante ocho horas cada día, con un horario de 13.30 a 21.30 horas. El programa acepta un máximo de diez pacientes para una estancia de diez semanas.

Un equipo multidisciplinar será el responsable del tratamiento, constituido por un psiquiatra, un psicólogo, dos enfermeras especialistas en salud mental y un auxiliar en psiquiatría. Sin embargo, la intervención cognitivo-conductual propuesta se realizará por la enfermera

especialista (terapeuta principal) y el auxiliar de psiquiatría (coterapeuta), con la colaboración de los miembros del resto del equipo.

El tratamiento psicológico consistirá en grupos psicoterapéuticos intensivos que incluyan aspectos psicoeducacionales, cognitivos, conductuales e interpersonales. Las actividades terapéuticas se realizarán en grupo para favorecer la cohesión de los pacientes y mantener la relación coste-efectividad. Las intervenciones realizadas serán principalmente de dos tipos: unas centradas en las conductas y actitudes distorsionadas, referentes a la comida y al peso, mientras que las otras dirigidas a áreas más generales de la psicopatología.

Distribuidos según el siguiente calendario:

Horario	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES
13.30 - 14.00	Pesado y control de enfermería				
14.00 - 14.45	COMIDA				
14.45 - 15.45	Reposo				
16.00 - 17.00	<i>Plan de Vida</i>	<i>HH.SS</i>	<i>Imagen corporal</i>	<i>Actitudes hacia la comida</i>	<i>Psicoeducación de padres</i>
17.00 - 17.30	MERIENDA				
17.30 - 18.00	Reposo				
18.00 - 19.00	Lectura - Estudio				
19.00 - 20.00	<i>Nutrición</i>	<i>Relajación</i>	<i>Terapia creativa</i>	<i>Autoestima</i>	<i>Plan de Vida</i>
20.15 - 21.00	CENA				
21.00 - 21.30	Reposo				

## 3. Variables a estudio

### DEPENDIENTES

#### 1. Determinación del Índice de Masa Corporal (IMC):

Se utiliza para estimar la desnutrición del paciente. También llamado Índice de Quetelet. Lleva empleándose desde 1980. Se calcula mediante la fórmula:

$$IMC = \text{Peso (Kg)} / \text{Talla (m)}^2$$

*Objetivo específico:*

- Obtención de diferencias estadísticamente significativas, según el IMC, en la comparación de las puntuaciones pre y post intervención.

#### 2. Intensidad del Trastorno de la Conducta Alimentaria:

- EDI (Eating Disorders Inventory) de Garner, D., revisión en 1991. Es una escala de autoevaluación, con objeto de definir y medir algunos rasgos psicopatológicos o grupos de síntomas para la comprensión y el tratamiento de trastornos alimentarios. Consta de 91 ítems a los que se otorga una puntuación de 1 a 6. Este inventario comprende 11 subescalas, algunas de las cuales exploran áreas específicas y otros aspectos psicopatológicos generales de las alteraciones en los hábitos de alimentación:



*Objetivo específico:*

- Obtención de diferencias estadísticamente significativas en al menos una de las tres primeras escalas (Impulso a la delgadez, Bulimia, e Insatisfacción corporal), que tienen una relación directa con un TCA.
- ABOS (Escala de observación de conducta anoréxica para padres) de Vandereycken, W., en 1984. Consta de 30 ítems, con tres posibilidades de respuesta: "SI", "NO" e "?". Su rango oscila entre 0 y 60. Existen 3 subescalas: comportamiento alimentario relacionado con el peso y la comida y la negación del problema, comportamiento tipo bulímico, e hiperactividad. Se considera una herramienta útil para el screening de alteraciones de la conducta alimentaria, principalmente anorexia y bulimia.

*Objetivo específico:*

- Obtención de diferencias estadísticamente significativas en las mediciones pre y post-intervención, considerándose un buen pronóstico para la evolución del cuadro, y el mantenimiento de los logros conseguidos.

3. *Intensidad del Síndrome depresivo:*

- BDI (Beck Depression Inventory) de Beck, A.T., y cols., en 1979. Y la versión para niños CDI (Children Depression Inventory). Es un instrumento heteroaplicado de 21 ítems que evalúa la gravedad del cuadro depresivo en adultos con el BDI. Ha sido adaptado y validado al castellano por Conde y Users. La versión infantil (CDI) con baremos españoles realizada por Kovac se establecen tres escalas: Autoestima, Depresión, y Disforia.

*Objetivo específico:*

- Obtención de diferencias estadísticamente significativas en la comparación de las puntuaciones pre y post intervención.

INDEPENDIENTES

Programa de intervención cognitivo-conductual en pacientes con anorexia nerviosa

tratados en hospital de día (descrito en intervención a realizar).

DE AJUSTE

- *Sexo:* Mujer/Hombre. Los TCA afectan mucho más a la mujer que al varón, siendo el porcentaje de mujeres alrededor del 95%. Sin embargo en poblaciones de pacientes infantiles la prevalencia entre los sexos se iguala más, alcanzando los varones casi la tercera parte del total de los pacientes.
- *Edad:* rango 11-17 años. La anorexia nerviosa aparece en torno a la pubertad, durante la adolescencia, y al inicio de la juventud, con cifras muy bajas antes de los 9 y después de los 25 años.
- *Clase social y nivel socioeconómico:* Bajo/ Medio/ Alto. Desde los primeros estudios se ha venido afirmando que la anorexia es más frecuente en estratos socioculturales medio-altos y altos, y en raza blanca. Sin embargo, en estudios más recientes se ha encontrado representación en todas las clases sociales, debido a un gran componente patogénico sociocultural.
- *Rendimiento académico:* Excelente (nota media 9)/ Bueno (nota media 7)/ Regular (nota media 5)/ Deficiente (nota media <5, o repetición de curso). Las pacientes anoréxicas muestran muy buen rendimiento intelectual y tienen éxito en los estudios, lo que suele ir ligado a actitudes de autoexigencia, perfeccionismo, deseo de agradar a los demás, y baja autoestima.
- *Antecedentes familiares:* Historia familiar de TCA, obesidad, trastornos afectivos, y abuso de sustancias.

4. *Análisis estadístico*

Los índices de valoración de severidad del BDI, EDI Y ABOS serán calculados mediante los algoritmos propuestos en el manual de corrección de los instrumentos.

Para la descripción de la muestra se calcularán el recuento de frecuencias (n) y por-



centajes (%) en el caso de variables cualitativas (sexo, clase social y nivel socioeconómico, rendimiento académico y antecedentes familiares), y la media (M) y desviación estándar (DE) para las variables cuantitativas (edad, y la valoración de las puntuaciones de BDI, EDI, ABOS e IMC), previa comprobación de su ajuste a la curva normal.

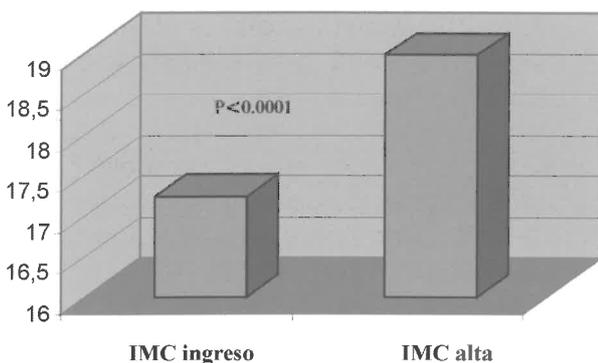
El impacto de la intervención experimental, tras su aplicación, se pondrá a prueba mediante la estimación de las diferencias entre las puntuaciones de la línea base y del momento de valoración post-tratamiento a las 10 semanas, para cada grupo de estudio, mediante la aplicación de test paramétricos (t de student para datos pareados).

Para interpretar los resultados se elegirá un nivel de significación de  $p < 0,05$ , para un intervalo de confianza del 95% (IC 95%). Todos los análisis se realizarán mediante el programa SPSS V.15.

## RESULTADOS

Los datos recogidos corresponden a la muestra cedida por la Unidad de TCA del Hospital Psiquiátrico del Dr. León en Madrid.

### ÍNDICE DE MASA CORPORAL



ESCALAS EDI-II	INGRESO	ALTA	P
EDI_DT	9.2	5.9	0.04
EDI_B	0.9	1.6	n.s.
EDI_BD	8.2	6.4	n.s.
EDI_MF	6.9	6.4	n.s.
EDI_P	4.43	4.74	n.s.
EDI_I	6.9	6.7	n.s.

ABOS	MEAN	N	SD
ABOS ingreso	27,33	24	8,96
ABOS alta	13,50	24	10,62
$p < 0.0001$			

BDI	MEAN	N	SD
BDI ingreso	15,55	20	9,39
BDI alta	10,00	20	11,73
$p < 0.06$ (n.s)			

### Interpretación de resultados

Como se puede apreciar en los cuadros resumen, se cumplen los objetivos específicos propuestos, en términos generales, que determinan la efectividad del programa cognitivo-conductual, en pacientes que presentan Anorexia Nerviosa tratados en régimen de Hospital de Día.

Los resultados estadísticos de las siguientes mediciones pre y post intervención apuntan lo siguiente:

- *Índice de Masa Corporal (IMC)*: recuperación ponderal claramente significativa.
- *Eating Disorders Inventory (EDI-2)*: diferencias significativas exclusivamente en la escala *Impulso a la Delgadez*. Se estima que las diferencias que pudieran resultar tanto en las otras dos escalas con relación directa con el trastorno (Bulimia e Insatisfacción Corporal), como con el resto de las escalas, serían sensibles a cambios significativos a medio y largo plazo, y el programa propuesto se considera un programa intensivo.
- *Escala de observación directa de la conducta anoréxica para padres (ABOS)*: diferencias significativas en los resultados obtenidos, considerando que los pacientes modifican su conducta alimentaria alterada, no solo por la intervención individual, sino por el trabajo con los padres.



- *Inventario de Depresión de Beck (versión infantil CDI)*: no hay diferencias significativas en los resultados obtenidos, al igual que sucede con las escalas del EDI-2, que se estima que se producirían mejoras en el estado de ánimo a medio-largo plazo.

## CONCLUSIONES

Los resultados soportan la viabilidad y la utilidad potencial de esta modalidad de ingreso en régimen de Hospital de Día. Este recurso puede ser el eje de tratamiento a distintos niveles para los trastornos de la conducta alimentaria incluso en pacientes con muy bajo peso si se les da un soporte hospitalario y médico adecuado minimizando la necesidad de ingreso en unidades de 24 horas.

Se concluye que el hospital de día puede resultar eficaz en el tratamiento de pacientes con Trastornos de la conducta alimentaria (TCA) en diferentes estadios de la enfermedad, tanto a corto como a medio plazo, ser versátil en horarios y días de asistencia, útil en pacientes menos motivados si se trabaja este aspecto y en pacientes con índices de masa corporal por debajo de 17. Constituyendo pues una alternativa real a la hospitalización total e independiente de ésta.

El trabajo surge, con el objetivo de mejorar el abordaje de los problemas de Anorexia Nerviosa en la Comunidad Autónoma de La Rioja, mediante la creación de un Hospital de Día de TCA, con características estructurales y funcionales similares al Hospital de Día de la Unidad de Trastornos Alimentarios de Madrid S.L. Capaz de promover un tratamiento más intensivo y estructurado durante una parte del día, presentando ventajas frente a la hospitalización total tanto a nivel de coste económico como a nivel clínico, permitiendo una

mayor responsabilidad y autonomía a los pacientes a la vez que se ofrezca un programa terapéutico intensivo.

Sería interesante proponer un estudio de seguimiento, con el fin de verificar las hipótesis de cambios significativos en todas las escalas del EDI-2, y del BDI, que no se han confirmado en las mediciones pre y post intervención del programa de hospital de día.

De igual manera para verificar la eficiencia del programa propuesto, en el estudio de seguimiento, se podría incluir en el análisis estadístico una curva de supervivencia (Kaplan-Meier).

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) Vallejo Pareja, M.A. *Trastornos de comportamiento alimentario. Tratamientos efectivos*. 2002. <http://www.psiquiatria.com>
- (2) Buil Rada, C., García López, A., Pons Tubío, A. *Trastornos de la conducta alimentaria: anorexia y bulimia*. Grupo de Trabajo sobre Salud Reproductiva en la Adolescencia. Sociedad Española de Contracepción. Enero, 2001.
- (3) Laird Birmingham, C.; Su, J.; Hlynsky, J.A.; Goldner, E.M., Gao, M. *Índice de mortalidad de la anorexia nerviosa*. 2005. <http://www.psiquiatria.com>
- (4) Fernández Aranda, F.; Turón Gil, V. *Trastornos de la alimentación. Guía básica de tratamiento en anorexia y bulimia*. Masson. 2001.
- (5) VeriMed Healthcare Network. *Anorexia nerviosa*. 2002. <http://medlineplus.gov>
- (6) Instituto Nacional De Salud. Secretaría general. *Protocolo de trastornos del comportamiento alimentario*. Madrid. 1995.
- (7) Grupo Previ. *Psicología y realidad virtual. Unidad de trastornos alimentarios*. 2003. <http://www.previsl.com>
- (8) Moral Iglesias, L.; De la Serna San Pedro, I.; Calvo Sagardoy, R. *Trastornos del comportamiento alimentario. Criterios de ordenación de recursos y actividades*. Insalud. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2001.
- (9) Calvo, R. *Factores cognitivos y resistencia al tratamiento en los TCA. Forma activa vs pasiva*. Comunicación Congreso ECED. Estocolmo. 1999.



# CERTAMEN FOTOGRÁFICO

9º CONVOCATORIA



Fotografía premiada en el apartado  
"Tema libre en color"



¡Qué civilizadas esas palomitas!

**ELISA ELÍAS SÁENZ**

nº colegiada: 2543

# Descubre las ventajas de la nueva página web de A.M.A. Seguros, en ella podrás:

## Conocer al detalle todos nuestros Seguros

- Accede a la totalidad de nuestro Catálogo de Seguros Online, consulta la ficha de cada seguro y las condiciones del mismo.
- Solicita Información sobre cualquier Seguro que sea de tu interés y nuestro equipo comercial se pondrá en contacto contigo.
- Calcula tú mismo el precio de tu seguro, entra en nuestro tarifador de seguros.

## Encontrar toda la información sobre tu Oficina más cercana

- Busca y selecciona a través de la tecnología de GoogleMaps la Oficina más cercana a tu localidad.
- Accede a la ficha de cada oficina con toda la información que necesitas: teléfono, dirección, mail y fotografías de la oficina.

## Acceder a los últimos números de nuestra revista

- Accede a nuestra Revista Online a través de la tecnología de PageFlip y lee los últimos números de nuestra revista.
- Revisa el histórico de números de nuestra revista, accede al número que te interesa y relee antiguos artículos.
- Imprime en tu propia casa los contenidos que te interesan de nuestra revista.

encuétranos en:

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



¿Alguna duda? **llámanos al 902 30 30 10**

o accede a la sección de contacto de nuestra nueva web para dejarnos cualquier comentario. Nuestro equipo comercial estará encantado de atenderte y explicarte las ventajas de nuestro amplio Catálogo de Seguros:

### Seguros Particulares

- Automóvil
- Hogar
- Responsabilidad Civil General
- Viajes
- Accidentes
- Embarcaciones

### Seguros Profesionales

- Responsabilidad Civil Profesional
- Farmacia
- Responsabilidad Civil Daños Nucleares
- Establecimientos Sanitarios
- Responsabilidad Civil Sociedades Sanitarias
- Defensa y Protección por Agresión
- PYME

