

# Documentos

ILUSTRE  
COLEGIO  
OFICIAL DE  
ENFERMERÍA  
DE HUELVA



# enfermería

AÑO VI

nº 20 Julio 2003



Ley de  
cohesión  
y calidad  
del S.N.S.

**Edita:**

Ilustre Colegio Oficial de Enfermería  
de Huelva

**Consejo de Administración:**

Junta de Gobierno del Ilustre Colegio  
Oficial de Enfermería de Huelva

**Consejo de Redacción**

**Presidente:**

Gonzalo García Domínguez

**Director Técnico:**

Vicente Villa García-Noblejas

**Jefe de redacción:**

Martín Vázquez Bermúdez

**Redacción:**

José Vadillo Carroza

Francisca Hernández Quintero

Enrique Aguiar Mojarro

Eduardo Rico González

Antonio Olid Torres

Patricia Mauri Fábrega

Josefa Lorenzo Martín

**Asesora de redacción:**

Eva M<sup>a</sup> Lorenzo Martín

**Fotografía:**

Archivo del Ilustre Colegio de Enfermería  
de Huelva

**Redacción:** Sede Colegial

**Imprime:** Tecnographic, S.L.

**Depósito Legal:** H-1996-43

**I.S.S.N.:** 1136-2243

**Tirada:** 2.500 ejemplares

**Distribución gratuita**



**Domicilio de la sede colegial**

C/ Berdigón, nº 33, pral. izq.

21003 Huelva

Telf. 959 54 09 04

**Correo electrónico:**

Línea Móvil 639/11 17 10

Coleg21@enfermundi.com

Fax: 959 25 62 70

**Horario de Oficina:**

De lunes a viernes.

De 9 a 21 h. ininterrumpidamente

**Horario de la Asesoría Jurídica**

Martes y jueves de 17,30 a 19 horas

**Entrevista con el presidente:**

Concertar cita

# Sumario

- 3 Editorial
- 
- 4 Enfermería y la construcción sociocultural. de la identidad profesional (2ª parte)
- 
- 5/7 Síntomas neuropsicológicos en pacientes terminales
- 
- 8 Obra de Juan Gómez Salgado/VI Congreso Nacional de CMA
- 
- 9/11 El Gobierno aprueba el nuevo Estatuto de los Trabajadores Sanitarios
- 
- 12/15 Cuidados de enfermería en el coma no traumático
- 
- 16/17 Autoestima y Salud
- 
- 18 VI Concurso Fotográfico "San Juan de Dios"
- 

## NORMAS PARA LA PUBLICACIÓN EN DOCUMENTOS DE ENFERMERÍA

Documentos de enfermería publica en sus distintas secciones trabajos sobre las diversas actividades de la profesión: atención hospitalaria, atención primaria, docencia, investigación, epidemiología, gestión y administración, ética, relaciones laborales, la formación, historia de la profesión y recursos humanos en el campo de la enfermería y la salud en general.

La presentación de un trabajo no implica la obligación por parte del Consejo Editorial de su aceptación para su publicación, ni compromiso respecto a la fecha de la misma.

El Consejo Editorial establecerá comunicación con los autores de los trabajos para manifestarles su recepción y si es precisa alguna normalización del mismo.

Los trabajos se presentarán en folios DIN-A-4, numerados, mecanografiados por una sola cara a doble espacio, dejando unos márgenes inferior y superior e izquierdo de 4 cms. y derecho de 2 cms.

Los dibujos, gráficos y fotos, así como sus leyendas irán a parte bien identificados y numerados.

La bibliografía, si la hubiera, se acompañará en folio aparte.

Si se tratara de resúmenes de ponencias o comunicaciones a congresos, el autor deberá indicar el nombre del congreso, fecha y lugar de celebración, así como si ha obtenido alguna mención.

Los trabajos irán acompañados de una carta de presentación donde se indica el deseo de publicarlo en Documentos de Enfermería, así como el título del trabajo, lugar y año de realización, nombre completo del autor o autores, número de colegiado, D.N.I., dirección completa y teléfono para posterior comunicación.

Los trabajos podrán ser remitidos por correo o entregados personalmente en la sede del Colegio de Enfermería de Huelva.

Los trabajos aceptados quedan a disposición del Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Huelva para su posterior utilización.

*Queda prohibida la reproducción total o parcial de esta publicación por cualquier medio sin citar la fuente.*

*Documentos de Enfermería no se hace responsable ni comparte necesariamente las opiniones manifestadas en los artículos, siendo responsabilidad exclusiva de sus autores.*



# Aguardando un Futuro que será mejor

## Editorial

**Nuevamente**, DOCUMENTOS DE ENFERMERÍA, Revista Profesional del Colegio Oficial de Huelva, entra en contacto con sus destinatarios, la profesión repartida a lo largo y ancho de nuestra provincia. Y lo hace en plena canícula de 2003 con una nueva promoción de diplomados surgida de la Escuela Universitaria, con el sempiterno problema de las vacaciones/sustituciones del personal sanitario y la certeza de que, por encima de todo, debemos sustentar la esperanza por cuanto en el horizonte educativo y social se dibujan metas literalmente históricas para la profesión.

Para la Junta de Gobierno de esta institución, pocas cosas son más reconfortantes que dedicar el esfuerzo que supone editar esta publicación en aras a divulgar trabajos de investigación, las convocatorias del Certamen Ciudad de Huelva y, simultáneamente, el anuncio de que dos herramientas tan fundamentales como son el Estatuto Marco y la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud están, bien en camino de ser aprobados o ya sobre el papel impreso del Boletín Oficial del Estado, como en el segundo caso.

A nadie se le escapa que desde la Organización Colegial de Enfermería que nos agrupa se están dando pasos decisivos para que esos ejes de la actuación y comportamiento profesionales tengan, por fin, su sitio después de años y años a base de borradores y proyectos, todos fatalmente arrojados a la papelera del olvido. Pe-

ro, ahora no sucede así. Las negociaciones, diálogo y trabajo, tanto desde la Administración Central como desde el Consejo General, han dado unos frutos que bien merecen ser conocidos y valorados.

Igualmente sucede con el camino que nos conducirá hacia la definitiva transformación de la actual diplomatura en licenciatura en enfermería. Así como suena. La senda está ya trazada y la Convergencia con Europa en materia universitaria conduce a ese punto, ese sueño mantenido por las generaciones que nos precedieron y por nosotros mismos, quienes vivimos por y para la enfermería. Carreras universitarias de cuatro años de duración, títulos de Grado y, en consecuencia, nuevo futuro que será una realidad allá por 2007, cuando la sociedad española reciba a estos nuevos titulados universitarios, licenciados, con la progresiva desaparición de las actuales diplomaturas, cohesionándonos así con Europa también en el campo de las titulaciones universitarias.

Por eso se impone una interrogante final: ¿Hay o no razones para la esperanza? Desde este rincón del mapa, desde la enfermería onubense, rotundamente sí.



# Enfermería y la construcción sociocultural de la identidad profesional (2ª parte)

Manuel Jesús Salas Iglesias  
Col. nº 3.215

**Uno** de los principales motivos de la ausencia de argumentos suficientes para establecer la ruptura entre ese supuesto orden natural entre casa, mujer y cuidados se encuentra en la "equivocada" opción de no habernos subido al tren de la ciencia hasta hace bien poco. Digo equivocada, y esto es especulación, porque quizá los revisores de dicho tren no estuvieran interesados en aceptar nuestros billetes y recibirnos como "compañeros de viaje". La Enfermería postulada por Florence Nightingale aparecía ante los ojos de la opinión pública y académica como escuela de regeneracionismo moral, contrapuesto al trabajo industrial femenino, no siendo censurada, probablemente, por este mismo motivo. Se mostraba como una actividad que adoctrinaba en pautas de conductas socialmente deseables más que como actividad productiva. De esta manera cualquier intento de construir una profesión en base a un cuerpo propio de conocimientos se hundiría ante el peso de una larga tradición heredada que hacía coincidir la identidad que confiere la actividad profesional con la identidad de género. Con ello, más que la profesionalización de los cuidados, se contribuyó a la dotación hacia la clase médica (tradicionalmente en manos de los hombres) de un cuerpo auxiliar subordinado, adoptando la profesión una posición de sumisión y obediencia semejante a la de la esposa en el ámbito doméstico.

El principal argumento por el que doy pie a la especulación, radica en la posibilidad que presenta la historia de poder ser construida en base a intereses particulares y, desgraciadamente, la historia de la Enfermería se ha construido más bien de forma narrativa que de manera epistemológica. Un profesional es el que profesa, quien tiene la capacidad para ejercer los conocimientos de la ciencia o arte que defiende. Sin embargo, lo mismo que ca-

pacidad, requiere legitimación, que viene de la mano del reconocimiento social, pero también del brazo del pensamiento dominante. Quizá hubiese que preguntarse sobre cuáles eran los intereses de aquellos que ocupaban la cúpula de la prestación sanitaria, ayer y hoy. La unificación entre enfermeras, matronas y practicantes constituiría un importante paso para el reconocimiento profesional de la Enfermería, no estando su acceso supeditado exclusivamente al sexo femenino. Sin embargo, la imagen social e interprofesional que sigue generando no se corresponde con las expectativas. Esto es, encontramos todavía estructuras y creencias de profesión subordinada, en unos tiempos en los que el éxito de la mujer en el mundo laboral es una realidad y parece socialmente reconocido. De hecho, ciertos discursos sociopolíticos y culturales inciden una y otra vez en una construcción desigual de los géneros, contribuyendo a una imagen de la mujer y, por extensión, de todo cuanto esté en sus manos, de sumisión y escaso reconocimiento profesional. Sin ir más lejos, tenemos como más claro exponente la definición que de la Enfermería se propone en el diccionario de la R.A.E. de la lengua como "profesión y titulación de la persona que se dedica al cuidado y atención de los enfermos, bajo la dirección de un médico". Los nuevos campos que se abren para la Enfermería, contribuyen a tomar conciencia de esta realidad.

## iv) ¿Vamos o nos llevan?

Nuestra profesión aún está pendiente, al igual que la mujer y otras tantas minorías sociales, de encontrar su hueco profesional. La oportunidad que el segundo ciclo puede suponer para avanzar en la consolidación de un cuerpo de conocimientos propios, debe ser motivo suficiente de movilización colectiva, dado que al

poder no se le seduce con especulaciones sino con los requisitos formales para reclamar lo que la profesión exige y la sociedad necesita.

Con los argumentos expuestos se pretende haber proporcionado algunas referencias para contestar a las preguntas con las que comenzamos nuestra introducción o, al menos, haber inducido al pensamiento respecto a nuestra realidad profesional. Sobre todo se ha intentado proporcionar un documento que nos aproxime al conocimiento de las interferencias sociales que han llevado a la relación cuidador-paciente a un lugar que nada tiene que ver con su sentido original. Ahora nos toca a nosotros decidir hacia dónde queremos ir.

## v) Bibliografía.

- 1) Canals, J. La imagen femenina de la enfermería: Condicionantes socioculturales de la profesión de cuidar. *Rol de Enfermería*. 1993;172:29-33.
- 2) Comelles, J.M. Cuidar y Curar: Bases para una historia antropológica de la Enfermería hospitalaria. *Rol de Enfermería*, 1993, 172:35-41.
- 3) Editorial. Las profesiones ¿se definen por su objeto de estudio o por su dependencia de otra profesión? *Rol de Enfermería*. 2000; 23(10):9.
- 4) Godelier, M. Las relaciones hombre/mujer: El problema de la dominación masculina. Barcelona. Teoría; 3. 1980.
- 5) Kottak, Conrad Phillip. Antropología. Una exploración de la diversidad humana. Ed. Mc Graw-Hill Interamericana. 1994.
- 6) Moreno Navarro, Isidoro. Identidades y rituales. En *Antropología de los pueblos de España*. Madrid. Taurus Universitaria. 1991.
- 7) Oliver Reche, M.I.; Etnografía de los Cuidados Materno-infantiles. *Index de Enfermería*, 1998:22.34-40.
- 8) Service, Elman. "Los cazadores". Ed. Labor. Barcelona. 1973.

# Síntomas neuropsicológicos en pacientes terminales

Autores:

Diego Díaz González Colg. 3.582

Manuel Alberto Orta González Colg. 3.462

## INTRODUCCIÓN

**Los** síntomas neuropsicológicos pueden aparecer en cualquier persona, "aparentemente" sana o enferma, ya sea fuera o dentro de un hospital.

Debido a todos los aspectos que rodean a un enfermo terminal dichos síntomas se hacen más frecuentes y provocan gran disconfort en el paciente, familia y cuidadores.

Dada la importancia que requiere este hecho, es fundamental efectuar un control de la sintomatología, así como un estudio de las posibles causas, para, de este modo, ofrecer un tratamiento lo más efectivo y específico posible para cada paciente.

## 1. ANSIEDAD

La ansiedad es una sensación de aprehensión o miedo y, en otras ocasiones, accesos de pánico que se viven como desastre inminente e inevitable.

El reconocimiento de cuadros de ansiedad que requieren un tratamiento

suelen resultar de un complejo de síntomas físicos y psicológicos. Dicha sintomatología se debe tanto a aspectos generales (pérdida de apetito, de peso, astenia...) como vegetativos (temblor, vómitos, sudoración...).

### 1.1. Causas.

El factor desencadenante de la ansiedad en los enfermos terminales lo constituye el miedo al sufrimiento físico, pero también existen otros tipos de factores que causan su aparición:

- Estado avanzado de la enfermedad.
- Dolor mal tratado.
- Efectos adversos del tratamiento.
- Mal control de síntomas.
- Convivencia con la proximidad de la muerte.
- Incertidumbre personal y/o familiar.

### 1.2. Tratamiento.

#### 1.2.1. No farmacológico.

- Atención continuada del control de síntomas.
- Atención individualizada de las necesidades espirituales y familiares del paciente.

- Relación empática con el paciente (aumento del contacto físico, compañía, diálogo, comprensión...).
- Ofrecer al paciente la posibilidad de expulsar temores dando "tiempo" entre pacientes y cuidadores (médicos, enfermeros, trabajador social, familiares...).
- Uso creativo del "tiempo" para disminuir el aburrimiento y aislamiento mental.
- Importancia del modo de comunicar las "malas noticias".

#### 1.2.2. Farmacológico.

Diazepam, Lorazepam, Alprazolam.

## 2. INSOMNIO

El insomnio se define como la incapacidad del sujeto para dormir, sobre todo durante la noche, ocasionando en la persona una molestia subjetiva de deterioro de la duración, profundidad o propiedades restauradoras del sueño.

Para un paciente con enfermedad terminal el peor momento se encuentra durante el período nocturno, ya que tiene cierto miedo a quedarse



solo con el sufrimiento. El insomnio acrecienta el cansancio, suscitando un aumento de la sensación de dolor, si existe, y de la ansiedad, lo cual dificulta aún más la conciliación del sueño, formándose, de este modo, un círculo vicioso del cual es difícil salir.

## 2.1. Causas.

Las causas que provocan el insomnio se pueden dividir, principalmente, en cuatro grupos:

- a. **Síntomas físicos mal controlados**, es decir, tratamiento incorrecto de otros síntomas, como el dolor, vómitos, incontinencia urinaria, etc.
- b. **Síntomas mentales mal controlados**. Aquellos que influyen directamente en el estado de ánimo de cualquier persona y, en especial, en el paciente con enfermedad terminal, como la ansiedad, depresión o el miedo a morir durante el sueño.
- c. **Efectos secundarios de la medicación**, como retirada de hipnóticos, uso nocturno de diuréticos o estado de vigilia provocado por la administración de corticoides.
- d. **Causas fisiológicas y ambientales**, como el exceso de luz o ruidos, etc.

## 2.2. Tratamiento.

### 2.2.1. No farmacológico.

- a. Aumentar la actividad diaria del paciente.
- b. Disminuir la luz y los ruidos, sobre todo, durante la noche, procurando un ambiente tranquilo.
- c. Mantener la cama del paciente cómoda, sin exceso de ropa, limpia y seca.
- d. Establecer una terapia de diálogo en la que pueda expulsar sus temores y ansiedades.

- e. Promover terapias de relajación.
- f. Ofrecer alguna bebida caliente antes de dormir, evitando los excitantes.

### 2.2.2. Farmacológico.

Midazolam, Alprazolam, Lorazepam, Diazepam.

## 3. ESTADO CONFUSIONAL AGUDO

El estado confusional agudo se define como una situación clínica determinada por una desorientación temporoespacial, pobre concentración, trastorno de memoria, conversación incoherente, etc., lo cual da lugar a que el paciente perciba de manera incorrecta aquello que se comunica.

Se origina un período de desconcierto, angustia, agitación, ideas paranoicas; dando como resultado, en ocasiones, un comportamiento agresivo, del cual es necesario informar a la familia. Esta situación provoca un grave sufrimiento y alto grado de desconcierto, que afecta, tanto al propio paciente, como a familiares y cuidadores.

### 3.1. Causas.

En la etiología del estado confusional agudo inciden una serie de factores que se combinan entre sí, como:

- a. Problemas en el cuidado del paciente:
  - Excesiva dedicación.
  - Pobre dedicación.
  - Cambios de personalidad.
  - Ansiedad, depresión (síntomas constantes).

- b. Problemas debidos a la propia naturaleza de la enfermedad:
  - Degeneración cerebral.
  - Efecto sistémico del tumor.
  - Infección.
- c. Otros problemas secundarios:
  - Uso inadecuado de drogas.
  - Reducción brusca de la medicación.
  - Institucionalización en residencias u hospitales.
  - Alteraciones metabólicas.
  - Fracasos orgánicos.

## 3.2. Tratamiento.

### 3.2.1. No farmacológico.

- a. Reorientar al paciente cuidadosamente.
- b. Eliminar estímulos perturbadores.
- c. Rodear al paciente de familiares, intentando disminuir el número de cuidadores.
- d. Adoptar cualquier medida para apartar los miedos y desconfianza.

### 3.2.2. Farmacológico.

Butirofenona, Clorpromacina, Midazolam.

## 4. DEPRESIÓN

La depresión es una situación clínica en la que se perciben unas características observables directa o indirectamente, de carácter, tanto externo, como interno, y se pueden agrupar en las siguientes áreas:

- a. **Emocionales**: tristeza, pérdida de capacidad para el disfrute y para obtener satisfacción en lo que antes despertaba interés, etc.
- b. **Motrices**: inexpressividad, hipoactividad, letargo, estupor, etc.
- c. **Cognitivos**: falta de concentración,

pérdida de memoria, pesimismo, desesperanza, etc.

- d. **Sociales:** aislamiento, soledad, retraimiento, etc.
- e. **Conductuales:** hostilidad, agresividad, indisciplina, etc.
- f. **Psicosomáticos:** pérdida de energía, peso, dolores dispersos, cambios en el sueño y apetito.

Los cuadros de depresión pueden ser infravalorados o aceptados al considerarse comprensibles, dada la situación en la que se encuentra el enfermo, siendo tolerados y, habitualmente, no tratados.

#### 4.1. Causas.

Las causas de la depresión son debidas, principalmente, a dos factores:

##### 4.1.1. Factores personales:

- a. Grado de emocionabilidad.
- b. Grado de sociabilidad.
- c. Grado de autoeficacia y autoestima.
- d. Recaídas de su proceso neoplásico.
- e. Tratamiento quimioterápico.
- f. Cirugía mutilante.

##### 4.1.2. Factores ambientales:

- a. Vivir solo.
- b. Mal clima familiar.
- c. Acontecimientos vitales:
  - Estrés, como acontecimientos graves y aislados.
  - Número de acontecimientos negativos vividos.

#### 4.2. Tratamiento.

##### 4.2.1. No farmacológico.

- a. Intentar crear un ambiente positivo.
- b. Habitación luminosa y amplia.
- c. Promover metas a lograr en cortos períodos.
- d. Realizar actividades atractivas al sujeto.

- e. Dar la oportunidad de hablar y comunicarse.
- f. Intentar no variar el equipo de tratamiento para mantener una buena relación de confianza con el paciente.

##### 4.2.2. Farmacológico.

Amitriptilina, Imipramina, Viloxacina, Trazodone, Fenecelina.

## 5. CONCLUSIONES

Según nuestra opinión, todo enfermero tiene que tener muy en cuenta las siguientes premisas:

- a. El equipo completo debe elaborar, asumir, practicar y evaluar los objetivos terapéuticos en cada síntoma.
- b. Nunca se va a curar al enfermo y toda la medicación irá encaminada a mejorar el bienestar del paciente.
- c. No olvidar jamás las medidas no farmacológicas y además del soporte emocional centrar la atención en las medidas físicas.
- d. Por último, no olvidar nunca los derechos del enfermo terminal (ser humano, sentimientos, atención, cuidados, compañía, no dolor, honestidad, respeto).

## 6. BIBLIOGRAFÍA

- "Cuidados paliativos". M<sup>º</sup> Dolores Espejo Arias. Difusión Avances de Enfermería (D.A.E.S.L.). 2000.
- "Cuidados paliativos: atención integral a enfermos terminales". Marcos Gómez Sancho. ICEPSS. Editores, S.L. 1998.
- "Enfermería en Psiquiatría y Salud Mental". Francisco Megías-Lizancos, M<sup>º</sup> Dolores Serrano Pa-

rra. (D.A.E.S.L.). 2000.

- "Enfermería de salud mental y psiquiátrica". MASSON, S.A. 1.995.
- Web de Sociedad Española de Cuidados Paliativos: [www.seccal.com](http://www.seccal.com)
- Web del Gobierno de Canarias y Fundación Canaria de Investigación y Salud. "FUNCIS": [www.gobcan.es/funcis/](http://www.gobcan.es/funcis/)
- Web del Instituto Europeo de Medicina Virtual 2.000: [www.worldwidehospital.com](http://www.worldwidehospital.com)



## Un trabajo sobre Lactancia Materna, ganó el IX Certamen de Investigación Ciudad de Huelva

Obra de Juan Gómez Salgado

**U**n trabajo sobre la "Lactancia Materna en la ciudad de Huelva" fue designado ganador de la última Edición del Certamen de Investigación Ciudad de Huelva que, anualmente, convoca este Colegio Oficial de Enfermería. El autor es Juan Gómez Salgado quien se hizo acreedor de la recompensa en forma de 1.200 euros y trofeo acreditativo. Como se publica en la penúltima página de la presente Edición, el Colegio ya tiene convocado el X Certamen que será fallado coincidiendo con el Día del Patrón, San Juan de Dios, fecha tradicional de la profesión en la provincia.



Cada año el Colegio reúne a la enfermería onubense para entregar sus premios

El premio que institucionalmente, distingue al mejor trabajo de Investigación presentado por la enfermería onubense es algo "totalmente consolidado en el sentimiento de la profesión en Huelva", según declaró el Presidente del Colegio, Gonzalo García Domínguez, para quien "los nueve años vividos han supuesto, para el Certamen y para el colectivo, la constatación de que el nivel profesional es alto también en el campo de la investigación y ello se ha reflejado tanto, en la propia vigencia del premio como, después, en la calidad de los ensayos remitidos hasta la sede de nuestra institución colegial".

Hagamos constar, igualmente, que el accésit al IX Certamen 2002 fue para el trabajo presentado bajo el título "Estudio de prevalencia de los diagnósticos enfermeros en el servicio de Urgencias de la Zona Básica de Salud de La Palma del Condado". Fue obra de Juan Prieto Tinoco, quien recibió la cantidad asignada a esta categoría (300 euros) y trofeo acreditativo.

Finalmente, en el apartado del premio fotográfico, consignar que el Jurado, decidió que el ganador de la VI Edición de esta sección artística fuera para Victoria Corbacho Durán por su fotografía "Reflexión" que ya figura en el cartel anunciado del Certamen de Investigación

2003. El accésit recayó en Manuel A. Ramiro Martín por su obra "Atardecer en el puerto" que ilustra esta información. A todos los citados, así como al resto de concursantes, el Colegio quiere hacer patente su felicitación y estímulo.

### VI Congreso Nacional de CMA

**Se** está organizando el VI Congreso Nacional de la Asociación Española de Cirugía Mayor Ambulatoria (CMA) que tendrá lugar en el Palacio de Congresos de Valencia del 19 al 23 de noviembre 2003. Es un foro multidisciplinar en el que la enfermería desempeña un papel importante, según nos indica el jefe de servicio del Hospital General Universitario de la ciudad del Turia, Cristóbal Zaragoza. Los interesados pueden recibir toda la información complementaria en la Secretaría Técnica (Viajes Iberia. Tfno. 96.382.63.28) o en el correo electrónico: [congresos.valencia@viajesiberia.com](mailto:congresos.valencia@viajesiberia.com).



Pendiente del debate Parlamentario

# EL GOBIERNO APRUEBA EL NUEVO ESTATUTO DE LOS TRABAJADORES SANITARIOS



**E**l Gobierno aprobó el pasado 16 de mayo el anteproyecto de Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias. El Consejo de Ministros reunido en esa fecha acabó dando luz verde a una largamente esperada herramienta normativa cuyo primer precedente data del mes de junio de 1848 cuando se regulaban las profesiones sanitarias de la época (Medicina, Farmacia y Veterinaria). En el nuevo texto, pendiente de la tramitación parlamentaria, Enfermería ocupa un lugar propio y en su configuración ha sido esencial el discurrir de las negociaciones entre la Ministra de Sanidad, Ana Pastor, y el Presidente del Consejo General de Enfermería, Máximo González Jurado para quien la aprobación de la Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud, donde se engloba el desarrollo de la carrera profesional, mereció el calificativo de "trascendental".

**E**l Consejo de Ministros del 16 de mayo 2003 dio su aprobación a las dos Leyes más importantes para el mundo sanitario en los últimos años: El Estatuto Marco y la Ley de Ordenación de los Profesionales. En las normas se establece un nuevo

sistema de catalogación, la carrera profesional, el derecho a la formación continua y el establecimiento de cuatro niveles profesionales a los que el trabajador podrá adherirse de modo voluntario. La Ministra de Sanidad Ana Pastor resaltó que las leyes aprobadas eran "muy esperadas"

porque van a contribuir a "a modernizar y sostener" el Sistema Nacional de Salud". Afectará a más de 600.000 trabajadores repartidos por las diferentes regiones y, por primera vez, tendrá en cuenta el esfuerzo y la calidad individual del profesional a lo largo de una vida laboral.



Ana Pastor, Ministra de Sanidad, ha puesto en pie un importante objetivo de los trabajadores sanitarios.

Otros aspectos importantes es que, al fin, se regula la jornada de trabajo, con un límite máximo de 48 horas, y el derecho del trabajador sanitario a la movilidad en todo el territorio de España. El estatuto-marco era un objetivo que parecía no iba a cuajar nunca si se tiene en cuenta que se han llegado a elaborar nada menos que 22 borradores en los últimos 16 años. Con el texto definitivo se podrán igualar, a medio plazo, las retribuciones de los sanitarios por categorías con independencia de la región donde se encuentren residiendo. Esas retribuciones se articularán mediante dos conceptos, básicas y complementarias y estas serán en función del grado de dedicación del trabajador.

## REGISTRO DE PROFESIONALES

En el anteproyecto de Ley presentado por la Ministra Pastor se fija la obligatoriedad de que se cree un Registro de profesionales sanitarios

con el objetivo de que tanto el ciudadano como las diferentes administraciones sanitarias tengan perfecto conocimiento de quién es cada profesional (médico o enfermera/o), cual es su especialidad, sus conocimientos y méritos profesionales. Ana Pastor anunció que estos Registros serán públicos por lo que cualquier persona podrá acceder sin problemas a ellos.

Este aspecto, el del desarrollo profesional, está recogido en el Título III del anteproyecto al que ha tenido acceso esta Revista y en él se articulan las normas generales de funcionamiento (acceso voluntario de todos los trabajadores españoles, entre otros detalles) así como el desarrollo profesional cuyo reconocimiento, a cargo de las Administraciones Sanitarias, se articulará en cuatro grados.

La obtención del primer grado, y el acceso a los superiores, requerirá la evaluación favorable de los méritos del interesado, en relación a sus conocimientos, competencias, formación continua acreditada, actividad docente e investigación. La evaluación -prosigue la norma- "habrá de tener en cuenta también los resultados de la actividad asistencial del interesado, la calidad de la misma y el cumplimiento de los indicadores que para su valoración se hayan establecido".

## CERTIFICADO DE CALIDAD

La obtención del primer grado llevará implícito haber acreditado "cinco años de ejercicio laboral". La baremación para alcanzar grados superiores podrá solicitarse "transcurridos cinco años desde la precedente evaluación positiva. En

- **La ley de profesiones sanitarias afecta a unos 600.000 profesionales y tendrá en cuenta el esfuerzo y la calidad individual del trabajo a lo largo de la vida laboral.**
- **Se garantiza el derecho a la movilidad en todo el territorio nacional**
- **Por primera vez se dice que la Formación Continua es un derecho de los profesionales**
- **Máximo González Jurado califica de "trascendental" la Ley.**
- **Enfermería podrá optar al grado de desarrollo profesional mediante evaluaciones voluntarias y ascensos de grado según méritos y experiencia.**





El Presidente del Consejo General, Máximo González Jurado, ha negociado con el ministerio lo relativo a la Enfermería.

caso de evaluación negativa, el profesional podrá solicitar una nueva evaluación transcurrido dos años desde la misma”.

La evaluación de méritos correrá a cargo de un Comité específico creado en cada centro, el cual deberá estar formado por una mayoría de profesionales de la misma profesión sanitaria del evaluado y habrá de garantizarse la participación en el mismo de representantes del Servicio o Unidad de pertenencia del profesional evaluado así como evaluadores externos que designarán la Agencia de Calidad o las Sociedades Científicas de su ámbito.

Otro aspecto novedoso es el de la “Participación de los profesionales” recogido en el título V del Anteproyecto. En el mismo se da cuenta de la comisión consultiva profesional, máximo órgano de participación de los profesionales en el desarrollo, planificación y ordenación de las profesiones sanitarias. Su composición se realizará en base a representantes del Consejo Nacional de especialidades en Ciencias de la Salud, dos repre-

sentantes en cada una de las profesiones sanitarias, un representante designado por los Consejos Generales de Colegios Oficiales concluyendo la composición con cuatro profesionales de reconocido prestigio designados por la Comisión de Recursos Humanos del Sistema Nacional de Salud.

### GONZÁLEZ JURADO

Una parte sustantiva de la negociación entre Ministerio y Enfermería española ha corrido a cargo de la Organización Colegial que preside Máximo González Jurado. En diferentes reuniones con la Ministra Ana Pastor se fue avanzando en la articulación de un anteproyecto de Ley cuya aprobación por el Consejo de Ministros ha sido catalogada de “trascendental” por el presidente Gonzalo Jurado.

El hecho de que se confiera a la Organización Colegial un “papel destacado en la evaluación de la competencia de los profesionales” es un

claro síntoma de la coincidencia de objetivos entre Consejo General y Ministerio de Sanidad. De ahí que Máximo González Jurado haya valorado las aportaciones realizadas desde la Organización Colegial como algo que “tiene como objetivo mejorar la atención que se dispensa a los ciudadanos así como optimizar los recursos con que cuenta el Sistema Nacional de Salud”. El presidente de la Enfermería española prometió “colaborar estrechamente y velar por el cumplimiento de los artículos aprobados en la Ley que afectan directamente a los profesionales y a incrementar la calidad de los servicios de salud. Todo, añadió, sin olvidar agradecer a la Ministra Ana Pastor su capacidad de diálogo y negociación con la Organización colegial que representa a la profesión de Enfermería”.





# Cuidados de enfermería en el coma no traumático

**M<sup>a</sup> Jesús Rojas Ocaña. Colgiada nº 2.962**  
**J.B. Rodríguez Rodríguez. Colgiado nº 3.099**

## INTRODUCCIÓN

El coma es uno de los problemas más frecuentes de la medicina general. Se calcula que más del 5% de los ingresos en los servicios de Urgencias de los grandes hospitales generales se deben a enfermedades que producen un trastorno de la conciencia.

Se trata de un síndrome clínico derivado de la alteración de la conciencia donde aparece una situación no natural de disminución del grado de alerta y de respuesta en el que el paciente no puede ser despertado mediante estimulación, y en el que el enfermo no realiza ningún intento voluntario para evitar estímulos dolorosos.

Normalmente el grado de conciencia puede fluctuar a lo largo del día desde un estado de hipervigilancia o concentración profunda hasta estados de relativa inatención o somnolencia; de igual manera, el grado de afectación de la conciencia de los enfermos neurológicos puede ser muy variable, desde una ligera confusión hasta un coma profundo.

Las distintas alteraciones del nivel de conciencia pueden darse de forma aguda o crónica:

### A). Alteraciones agudas de la conciencia:

- 1.- **Obnubilación:** El enfermo no puede pensar ni clara ni rápidamente. Interpreta mal las percepciones.
- 2.- **Confusión:** Aparece desorientación témporo-espacial, junto a somnolencia diurna.
- 3.- **Delirio:** Gran desorientación, miedo, irritabilidad, alucinaciones visuales y agitación. Suelen estar verborreicos y ofensivos. Se observa en enfermedades metabólicas y tóxicas.
- 4.- **Estupor:** Sólo responde a estímulos externos fuertes.
- 5.- **Coma:** Parece dormido, sin reacciones a

estímulos externos, ni localiza estímulos dolorosos. El sujeto permanece con los ojos cerrados.

### B). Alteraciones subagudas o crónicas de la conciencia:

Entre ellos destaca la demencia, provocado por estados degenerativos y/o neoplasias en las que no se altera el despertar, y el estado vegetativo crónico persistente instaurado tras una lesión isquémica o hipóxica del encéfalo en el que el enfermo permanece mudo y acinético.

El coma se produce en un 55% - 65% por lesiones difusas de origen tóxico o metabólico. El pronóstico del coma no traumático es difícil por la heterogeneidad de las enfermedades que contribuyen a él. En general el coma metabólico posee un pronóstico más favorable que el coma anóxico o traumático. En las primeras 6 horas tras el ingreso hospitalario es un signo de mal pronóstico la ausencia de dos de las tres respuestas siguientes: reacción pupilar, reflejo corneal o respuesta oculoverticular.

El interés por la instauración y evolución del coma está orientado a la asignación de recursos médicos y de enfermería y a limitar el tratamiento de soporte de los casos desesperados. La reticencia del personal médico y de enfermería a retirar el tratamiento de soporte a pacientes que presentan lesiones neurológicas graves de origen no traumático están disminuyendo a medida que aparecen parámetros de predicción más fiables y se limitan los recursos.

### EXPLORACIÓN Y DIAGNÓSTICO

Ante un enfermo con alteración real o aparente del nivel de conciencia hay que valorar los siguientes aspectos y valernos de las siguientes exploraciones que conduzcan a un adecuado diagnóstico:

- 1). **Anamnesis:** Es el elemento fundamental en el diagnóstico del coma.

Es importante precisar:

- ✓ Forma de inicio del cuadro.
- ✓ Antecedentes de traumatismos craneales (descartar coma traumático).
- ✓ Sintomatología neurológica previa.
- ✓ La ingesta de alcohol o fármacos.
- ✓ Presencia de trastornos psiquiátricos o epilepsia.

Asimismo, es importante conocer la forma de inicio del cuadro, que puede ser *brusca* (hemorragia o intoxicación) o *progresiva* (tumores o encefalopatías). La existencia de *enfermedades asociadas* (diabetes, hipertensión, vasculopatías o procesos febriles) orientan mucho el posible origen comatoso.

- 2). **Exploración física:** En muchos casos, y especialmente en los comas de origen metabólico, la exploración física general proporciona datos que permiten orientar o confirmar la etiología del cuadro.

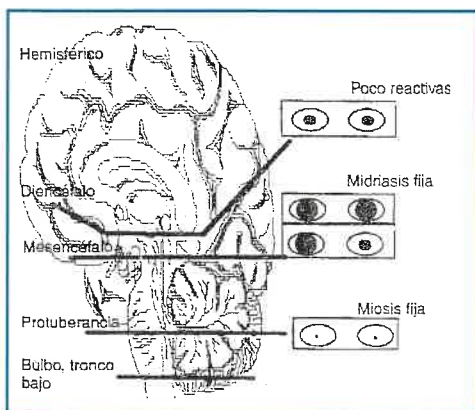
A continuación, se establecen los elementos imprescindibles a valorar en un paciente en coma, dentro de la exploración física:

- a) **Aspecto del enfermo:** Se buscarán signos que nos conduzcan al origen del coma: Nefropatías, bronquitis crónica, signos de hepatopatía crónica en abdomen que sugieran encefalopatía hepática, etc. Se deben buscar signos de venopunción en un A.D.V.P.; una púrpura meningocócica en una meningitis o petequias en una endocarditis. Hay que valorar además, signos de T.C.E. para descartar el origen traumático. El olor a acetona, alcohol (el vodka no huele) y el feto hepático ayuda en el origen del coma.
- b) **Toma de constantes:** Se valorarán las siguientes:
  - **Presión arterial:** La hipotensión puede indicar la existencia de sepsis o sobredosis de sedantes; la hipertensión en cambio,

puede provocar coma en la encefalopatía hipertensiva.

- **Frecuencia cardíaca:** La bradicardia puede responder a la presencia de una hipertensión intracraneal.
  - **Temperatura:** La hipotermia puede ser secundaria a una exposición prolongada al frío, o a una intoxicación por barbitúricos, sedantes o alcohol. La hipertermia indicaría una infección, una hemorragia subaracnoidea o un hipertiroidismo.
  - **Ritmo cardíaco:** La presencia de soplos o arritmias podrían ser responsables de embolias cerebrales (Fibrilación auricular).
- c) **Características de la Respiración:** En los comas metabólicos se producen alteraciones en la respiración de forma primaria. (Tabla I).
- 3). **Exploración Neurológica:** Con esta exploración se pretende distinguir los comas de origen neurológicos de los de origen metabólico.
- a) **Nivel de conciencia:** Actualmente se utilizan dos tipos de escalas, la de Fischgold (Tabla II) y la de Glasgow (Tabla III) aplicando esta última sobre todo a los comas traumáticos.
- b) **Tamaño y reactividad pupilar (Imagen I):** Es necesario conocer que los comas metabólicos no alteran los reflejos pupilares, y los originados por fármacos, sólo se alteran por la atropina, glutetimida y opiáceos.

### REACTIVIDAD PUPILAR (Imagen I)



- ✓ **Pequeñas y reactivas:** Coma metabólico.
- ✓ **Puntiformes y reactivas:** Opiáceos y lesión hemorrágica cerebral.
- ✓ **Medias y fijas:** Lesión mesencefálica.
- ✓ **Una pupila dilatada y fija:** Hernia cerebral.

- ✓ **Fijas y grandes (ambas).** Anoxia severa y en el uso de drogas como dopamina y atropina.
- c) **Movimientos oculares:** Hay que observar sobretodo los movimientos espontáneos.
- ✓ **Erráticos:** Presenta compresión de las vías nerviosas que influyen en los movimientos oculares.
  - ✓ **Nistagmus de un solo ojo:** Significa lesión del tronco encefálico.
  - ✓ **Desviación conjugada lateral:** Si mira hacia el mismo lado es el lugar de la lesión, hemorrágica y si lo hacen de forma contraria es lesión encefálica. La desviación conjugada de los ojos hacia abajo aparece en el coma hepático.
- d) **Reflejo oculocefálico (Imagen II):** Maniobra de los ojos de muñeca: No debe realizarse si hay sospecha de lesión cervical. Se explora sosteniendo los párpados y girando la cabeza bruscamente de forma horizontal, si la respuesta es positiva los ojos deben moverse de forma conjugada hacia el lado contrario del giro. Si aparece indica que el tronco cerebral está indemne; cuando no

### REFLEJOS OCULODEFÁLICOS (Imagen II)



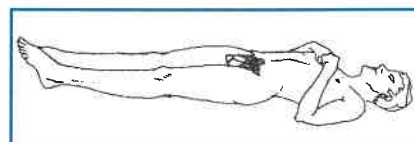
aparece, indica lesión del tronco o bien un coma tóxico-metabólico severo.

- e) **Reflejo oculo vestibulares:** Con la cabeza inclinada a 30° se insitila agua helada en el conducto auditivo. En el paciente despierto se produce una desviación de los ojos hacia el lado irrigado. La ausencia de respuesta indica lesión severa del tronco o coma metabólico profundo.
- f) **Fondo de ojo:** Edema de papilas (hipertensión intracraneal). Hemorragias reti-

nianas (hemorragia subaracnoidea).

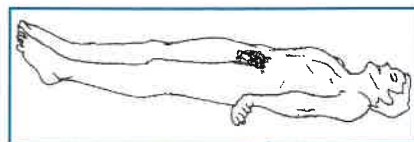
- g) **Respiración:** También valorada en la exploración física general:
- ✓ **Hipoventilación:** Coma metabólico por fármacos o drogas.
  - ✓ **Hiperventilación:** Afectación mesencefálica (hemorragia cerebral).
  - ✓ **Cheyne-Stokes:** Períodos de hiperventilación seguidos de períodos de apnea: coma metabólico o lesión en algún hemisferio.
  - ✓ **Apnéustica:** Pausa en inspiración: Lesión por infarto o hemorragia.
  - ✓ **Atáxica:** Irregular o caótica: Lesión bulbar grave.
- h) **Respuestas motoras:** Observar detenidamente al paciente para valorar los posibles movimientos espontáneos y la postura que adoptan las extremidades de forma espontánea y tras la estimulación.
- ✓ **Rigidez de decorticación (Imagen III):** Flexión de MMSS y extensión de MMII. Sugiere daño en ambos hemisferios.

### RIGIDEZ DE DECORTICACIÓN (Imagen III)



- ✓ **Rigidez de descerebración (Imagen IV)** Mandíbula contraída, cuello retraído y brazos y piernas extendidas en rotación interna. Presencia de herniación, coma hipoglucémico o hipoxia cerebral.

### RIGIDEZ DE DESCEREBRACIÓN (Imagen IV)



- ✓ **Extensión de brazos y flexión de piernas:** Sugiere lesión encefálica.
- i) **Reflejos:** Hay que comprobar la resistencia muscular que presenta y los reflejos cutáneo-plantares: Signo de Babinski, presente en hipoglucemia, hipoxia o crisis epiléptica.
- 4). **Exploración Complementaria:**

- a) **Análítica general:** Test rápido de glucosa, hemograma, funcionalismo hepático y renal, osmolaridad, iones, gasometría arterial y equilibrio ácido-base. Por supuesto en el caso de coma no traumático realizar un estudio toxicológico de sangre y orina, así como la presencia de alcohol, barbitúricos, benzodiazepinas, antidepresivos tricíclicos y opiáceos.
- b) **T.A.C. craneal:** Descarta lesiones ocupantes de espacio
- c) **E.K.G.:** Descarta la presencia de IAM, bloqueos, arritmias y alteraciones electrolíticas o por algún fármaco.
- d) **Punción lumbar y examen del L.C.R.:** Contraindicado si se sospecha lesión intracraneal ocupante de espacio.

## CUIDADOS DE ENFERMERÍA

La actuación de enfermería en el manejo del paciente con un coma no traumático debe ir encaminada a mantener el orden respiratorio, circulatorio y metabólico, además de instaurar el tratamiento médico prescrito.

### 1). Examen general:

Participar plenamente en la valoración del enfermo y aporte de signos que orienten a la identificación del posible origen del coma, partiendo de una correcta exploración del paciente conjuntamente con el facultativo.

### 2). Soporte respiratorio:

- a) Mantener permeabilidad de la vía aérea:
  - ✓ Hiperextensión del cuello.
  - ✓ Retirar prótesis dentales.
  - ✓ Limpiar la cavidad oral de cuerpos extraños.
  - ✓ Aspiración de secreciones si las hubiera
  - ✓ Colocar cánula orofaríngea (Guedel).
- b) Administración de oxígeno en mascarilla (Ventimask) o gafas.

Valorar siempre la necesidad de intubación, sobretodo en presencia de un Glasgow < de 8.

### 3). Soporte hemodinámico:

- a) Control de constantes: Pulso, T.A. y temperatura.

Valorar en todo momento la perfusión hística periférica a través del relleno capilar. Tratar la Hipo-Hipertermia, (si la hubiera) preferiblemente con medios físicos.

- b) Canalización de vía venosa periférico, a través de un catéter corto y grueso, preferiblemente 14 G - 16 G. Teniendo en cuenta la situación hemodinámica del paciente se valorará la canalización de una segunda vía venosa periférico.

El objetivo fundamental de esta técnica es la de extraer sangre para determinar todo tipo de pruebas analíticas, principalmente y de forma inmediata un Test rápido de glucemia que descarte coma hipoglucémico.

### 4). Medidas específicas:

Se aplicarán en cada caso las correspondientes a la etiología del coma sospechada por el equipo médico y de enfermería, descritas anteriormente en el apartado de tratamiento médico.

### 5). Medidas generales:

Se deben realizar siempre de forma secundaria a las medidas específicas propias del coma diagnosticado. Estas medidas generales serán aplicadas por enfermería, diferenciándose claramente dos fases:

- a) Cuidados inmediatos en situación aguda:

- ✓ Colocar sonda vesical para control de diuresis y enviar muestra de orina al laboratorio.
- ✓ Colocar sonda nasogástrica (S.N.G.) y observar contenido gástrico. En caso de sospecha de intoxicación, enviar una muestra del contenido para realizar análisis toxicológico.
- ✓ Tratar la hipo-hipertermia, preferiblemente con medios físicos.

- b) Cuidados en la disminución crónica de conciencia:

- ✓ Prevención de úlceras de decúbito. Cambios posturales frecuentes y protección de las puntas óseas.
- ✓ Prevención de la tromboflebitis. Movimientos pasivos.
- ✓ Cuidados del paciente con sonda vesical.
- ✓ Cuidados del paciente con S.N.G.
- ✓ Cuidados del paciente intubado. (Si lo estuviera).
- ✓ Cuidados de la boca. Lavar tres veces al día con antiséptico.

- ✓ Cuidados de los ojos. Lavar los ojos con suero fisiológico y si no hay parpadeo espontáneo cerrados con esparadrapo antialérgico.
- ✓ Vigilar las deposiciones, facilitándolas si es necesario con medios farmacológicos.
- ✓ Colocar barandillas en la cama si fuera necesario, evitando caídas.

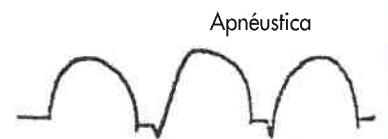
## TABLA I: TIPOS DE RESPIRACIÓN

- ✓ Respiración de Kussmaul: Es clásica en el coma diabético.

- ✓ Respiración de Cheyne-Stokes: coma metabólico o tóxico y encefalopatía hipertensiva.



- ✓ Respiración apnéustica: Es secundaria a una lesión por infarto o hemorragia.



- ✓ Respiración atáxica o de Biot: Se da en meningitis grave o coma traumático.



Respiración superficial e irregular: Se produce por depresión del centro respiratorio secundario a coma metabólico por tóxicos.



**TABLA II:  
ESCALA DE FISCHGOLD**

GRADO I	Corresponde aproximadamente al estupor.
GRADO II	Localiza el dolor. No se despierta a estímulos.
GRADO III	Desaparición de todos los movimientos.
GRADO IV	Muerte cerebral.

**TABLA III:  
ESCALA DE GLASGOW**

**I. Apertura de ojos**

4. El paciente abre los ojos espontáneamente.
3. El paciente abre los ojos sólo cuando se le habla o a estímulos dolorosos.
2. El paciente abre los ojos solamente ante estímulos dolorosos.
1. No apertura de los ojos.

**II. Respuesta verbal**

5. Orientada.
4. Confusa y desorientada.
3. Inapropiada.
2. Incomprensible.
1. No respuesta.

**III. Respuesta motora**

6. Obedece a órdenes verbales
5. Rechaza el dolor.
4. Respuesta en retirada.
3. Respuesta en flexión sin localizar el dolor.
2. Respuesta motora en extensión asociada a aducción y rotación interna del brazo y pronación de la muñeca (no se habla de crisis de descerebración por implicar correlación anatomoclínica).
1. Ausencia de respuesta.

## BIBLIOGRAFÍA

- Gomental R., Blanco J.L. El manual del paciente grave. Madrid. Editorial Proyectos Médicos. 1997; 374-383.
- Muñoz Sánchez M.A., Murillo Cabezas F. Comas. Libro de texto de Cuidados Intensivos. Madrid. Editorial Libro del Año. 1991; 1081-1093.
- Kessier Sáiz P. Manual de urgencias médicas. Coma. Madrid. Editorial Anuario. 1990; 241- 247.
- Urbano-Márquez A. Coma y otros trastornos de la conciencia. En: Farreras Rozman. Medicina Interna. Madrid. Editorial Mosby-Doyma. 1995; 1362-1366
- Muñoz B., Villa L.F. Manual de Medicina Clínica. Diagnóstico y Terapéutica. Clínica Puerta de Hierro. 2ª edición. Madrid. Editorial Andromaco. 1993; 568
- Molina Latorre R., Cabré L. Manual de Medicina Intensiva. Madrid. Editorial Mosby Doyma. 1996; 209-212.
- Gómez T. Alteraciones del Nivel de conciencia. Manual de Diagnóstico y Terapéutica. Madrid. 31 Edición. 1994; 765-776.
- Revista NURSING. Edición española. Abril 1989. Valoración Neurológica. Páginas: 20-31.

# Autoestima y Salud

Antonio Miguel Vázquez Merino. Colg. 2.837

## 1. INTRODUCCIÓN

**En** las últimas décadas, estamos viendo como problemas relacionados con estados depresivos y ansiosos, van en aumento. Cada vez son más las consultas que demandan atención sobre estos aspectos.

La búsqueda de agentes causales a veces es posible, sobre todo en aquellas patologías reactivas. Podríamos hablar, entre otras, del ritmo de vida que llevamos, situaciones estresantes, problemas económicos, problemas laborales o sentimientos de duelo, como posibles causas de estas patologías.

No obstante cuando la causa, o bien no existe o si existe está enmascarada, profesionales de la salud mental, acuden al término "endógeno" para así obviar la búsqueda de la causalidad del problema.

Ocurre entonces que nos encontramos con pacientes que sienten la necesidad de racionalizar su proceso salud-enfermedad y no encuentran una explicación que les aclare su situación.

Desde este artículo se pretende analizar el autoconcepto y la autoestima como factores determinantes de la conducta del individuo y su salud mental. En ningún momento consideramos esta relación como única y exclusiva pero sí de una influencia fundamental.

## 2. ARGUMENTOS BIBLIOGRÁFICOS

### 2.1. La autoestima y el autoconcepto

La autoestima con frecuencia se usa como sinónimo del autoconcepto, sin embargo mientras que la primera tiene que ver con la expresión de actitudes

de aprobación con respecto a la capacidad, prosperidad y valor del sí mismo, el autoconcepto se refiere a la colección de actitudes y a la concepción que tenemos acerca de nosotros mismos, lo cuál es de vital importancia para el sujeto en sus relaciones interpersonales.

Para Pérez-Mitre (1981), la autoestima es el fenómeno o efecto que se traduce en conceptos, imágenes y juicios de valor referidos al sí mismo. En este sentido se dice que la autoestima es un fenómeno psicológico y social.

### 2.2. Desarrollo y evolución de la autoestima

Para Coopersmith (1976), el niño es un cuenco vacío, con cualidades innatas, a la espera del desarrollo. Desde que se nace es muy importante que se fomenten la autoestima y el autoconcepto, ya que a medida que se va creciendo, estos pueden aumentar o disminuir.

Este autor afirma que en el niño existen condicionantes para que el nivel de autoestima sea alto o bajo según:

- Debe existir la total aceptación del niño por parte de los padres.
- Es necesario que reciban instrucciones claras y definidas, sin ambigüedades.
- Debe haber respeto por la individualidad del niño.

La autoestima es la abstracción que el individuo hace y desarrolla acerca de sus atributos, capacidades, objeto y actividades que posee o persigue.

Esta abstracción está representada por el símbolo "mí", que consiste en la idea que la persona posee sobre sí mismo. Para efectuar tal abstracción, el individuo considera las observaciones con re-

specto a su propia conducta y la forma en que otros individuos responden a sus actitudes, apariencia y ejecución.

Sheriff y Sheriff (1969), al hablar sobre autoestima, argumentan que esta se forma como un resultado que tiene el individuo de la internalización de las normas y los valores del grupo social y de su adecuado desempeño, ya que todas las agrupaciones humanas poseen un conjunto de normas, valores y costumbres que expresan las pautas conductuales a seguir dentro de la estructura de la sociedad.

### 2.3. La autoestima como determinante de la conducta

Se cree que valor asignado a uno mismo es determinante en la manera de ser de cada quién (Erickson 1976). Una autoestima alta dará como resultado que la persona llegue a tener éxito en sus actividades por la seguridad que aquella genera. Por el contrario una autoestima baja, puede que quién la tenga no sea capaz de concluir cualquier labor o trabajo debido a su inseguridad o confusiones.

Un padre con baja autoestima, afirma Coopersmith, espera fracasar en la vida, pues anticipa rechazo, es débil y pasivo, escatima el amor y la atención hacia sus hijos, y esto, quita la oportunidad a los hijos de enfrentarse a la vida con seguridad en sí mismos y con la fuerza de voluntad necesaria.

Los individuos con alta autoestima se acercan a personas y tareas con considerables expectativas de éxito, aceptan sus opiniones y manifiestan confianza en sus relaciones, mostrando mayor independencia social y creatividad, lo que los conduce a comportamientos más asertivos.



La depresión tiene un papel muy importante, ya que una baja autoestima da como resultado que las personas estén más propensas a expresar sentimientos de infelicidad, tristeza, desaliento y como consecuencia recurran a ingerir drogas y alcohol, siendo esta una manera de evadir la realidad en que viven. Estas personas muestran sensaciones de inferioridad, son hipersensibles a la crítica, al ridículo o al castigo.

#### 2.4. Cómo mejorar la autoestima

Para mejorar hay que liberarse cuanto antes de las "culpas". Nos sentimos culpables de muchas formas y en varias ocasiones: cuando hemos hecho algo mal o hemos dejado de hacer lo que debíamos, queda afectada nuestra valía, así como cuando tratamos de racionalizar o justificar nuestra conducta o nos ponemos a la defensiva en actitud combativa. En lugar de lamentarnos y culpabilizamos por acciones u

omisiones indebidas, hemos de aprovechar nuestros errores para aprender y no repetir las mismas equivocaciones en el futuro.

### 3. CONCLUSIONES

La persona con baja autoestima puede verse a sí misma como inútil, dependiente, abrumada, angustiada y con miedo, lo que le puede llevar a evadirse de la realidad o manifestar síntomas depresivos muy graves y tener consecuencias familiares y sociales nefastas.

En la medida que al ser humano se le proporcione sentirse querido, protegido y aceptado, esto hará que se eleve su autoconcepto y autoestima y por ello existe una estrecha relación entre afecto y seguridad con el nivel de autoestima.

La autoestima nos ayuda a lograr un concepto positivo y resistente de nosotros mismos y a mantenerlo más allá de la aprobación o desaprobación de los demás y de nuestras habilidades

y aptitudes o falta de ellas. Por paradójico que parezca, culparse es justificarse y renunciar a corregir los errores de inmediato y a pasar a la acción, a la eficacia.

### ANEXO I BIBLIOGRAFÍA

- Coopersmith, S. (1976) *The Antecedents of Self Esteern*. San Francisco.
- Erikson, E. (1976). *Infancia y Sociedad*. Buenos Aires.
- Pérez-Mitre, G. (1981). Autoestima y Expectativas de éxito o de fracaso en la realización de una tarea. *Rev. Asoc. Latinoameric. Psic. Social* (1), pp. 135-140.
- Sheriff, M. y Sheriff, C. (1969) *Psicología Social*. México.
- Solís Alcántara, J. (1997). Autoestima, Autoconcepto y Salud Mental. *Rev. Psicología y Salud*. Madrid.

### ANEXO 2 CUESTIONARIO DE AUTOESTIMA

Cada una de las siguientes proposiciones se pueden calificar con las palabras NUNCA, A VECES, FRECUENTEMENTE, o SIEMPRE. Escoge la palabra que más te cuadre y escribe el número correspondiente. Cuando acabes suma el total.

1 = NUNCA

2 = A VECES

3 = FRECUENTEMENTE

4 = SIEMPRE

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Cuando me siento ofendido lo expreso</li> <li>2. Los otros valoran mis opiniones</li> <li>3. Me considero inteligente</li> <li>4. Me considero digno de los dones que se me ofrecen</li> <li>5. Estoy satisfecho con mi desarrollo personal</li> <li>6. Considero que compararme con otras personas para ver quién vale más, es una pérdida de tiempo</li> <li>7. Disfruto conociendo y hablando con gente nueva</li> <li>8. Me siento cómodo en reuniones sociales</li> <li>9. Soy feliz de ser quien soy y no quisiera ser otro</li> <li>10. La presente situación de mi vida me satisface</li> <li>11. Estoy satisfecho con la manera en que vivo mi vida</li> <li>12. Me gusta el lugar en donde resido</li> <li>13. Disfruto de mi trabajo</li> <li>14. La gente me admira</li> <li>15. Soy considerado y cortés con los demás</li> <li>16. Me siento bien cuando me levanto por las mañanas</li> <li>17. No dependo de los demás</li> </ol> | <ol style="list-style-type: none"> <li>18. Contribuyo positivamente a la vida de los demás</li> <li>19. Disfruto cuidándome razonablemente y satisfaciendo mis necesidades de alimentación, ejercicio físico, etc.</li> <li>20. Procuro vivir una vida equilibrada: descanso, trabajo, esparcimiento</li> <li>21. Disfruto de la soledad</li> <li>22. Estoy satisfecho de mí</li> <li>23. Siento respeto por mi mismo</li> <li>24. Me aprecio, me valoro</li> <li>25. Me considero una persona de buen parecer</li> <li>26. Me considero una persona atractiva al otro sexo</li> <li>27. Pienso que soy una persona cariñosa</li> <li>28. Pienso que soy una persona generosa</li> <li>29. Tengo confianza en mí mismo</li> <li>30. Me considero triunfador</li> </ol> |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

MUY BAJA: 30-52    BAJA: 53-75    ALTA: 75-97    MUY ALTA: Más de 9





**VI  
Concurso  
Fotográfico**  
**“San Juan de Dios”**



**Ilustre  
Colegio  
Oficial  
de  
Enfermería**

**Huelva  
2003**



**AVDA. DE ANDALUCÍA HUELVA  
Carmen Ruiz Moreno**



**CAJA RURAL  
DEL SUR**

INFORMACIÓN:  
Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Huelva -  
C/ El Perdígón, nº 33. 1º izq.  
21003 HUELVA  
Telf. 959/54 09 04 - Fax 959/25 62 70 -  
e-mail: Coleg21@enfermundi.com

ría de Huelva, sita en c/ Berdigón 33 1º, a partir del día de celebración de San Juan de Dios de 2003

**FALLO:** El fallo del jurado se dará a conocer en los actos de celebración del **Día Internacional de la Enfermería, San Juan de Dios 2002**, entregándose los premios ese mismo día.

**JURADO:** Estará compuesto por profesionales del mundo de la fotografía y la imagen, siendo presidido por el Presidente del Colegio Oficial de Enfermería de Huelva.

El fallo será inapelable, y los concursantes, por el hecho de participar en el concurso, renuncian a toda clase de acción judicial o extrajudicial sobre la decisión del jurado.

No quedará ningún premio desierto aunque el Ilustre Colegio de Enfermería de Huelva podrá optar a utilizar otra ilustración para el cartel del XI Certamen de Investigación de Enfermería «Ciudad de Huelva», si su Junta de Gobierno acuerda esta decisión.

**PREMIOS:**

**PRIMER PREMIO: 150 €  
y Trofeo**

**ACCÉSIT: 60 € y Trofeo**

**PROPIEDAD DE LOS TRABAJOS:** Las obras premiadas quedarán en poder del Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Huelva, el cual se reserva los derechos de reproducción, sin autorización del autor y sin otra obligación que citar el nombre del autor.

**DEVOLUCIÓN:** Las fotografías no premiadas podrán ser recogidas en la sede del Colegio de Enfermería en un tiempo máximo de dos meses, desde la clausura de su exposición. Pasado dicho tiempo, los autores no tienen derecho a reclamarlas y podrán ser utilizadas por el Colegio.

**NOTA:** Cualquier imprevisto será resuelto por el comité organizador.

**CONVOCA: ILTE. COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA DE HUELVA.**

**FORMATO:** Las fotografías tienen que ser en papel color. Tamaño 15 x 20 cm.

**PRESENTACIÓN:** Las fotografías se presentarán montadas en cartulina blanca con un tamaño de 30 x 40 en cuyo reverso ira el título de dicha foto.

Adjunto a las fotografías debe indicarse sobre cerrado: nombre y apellidos del autor, domicilio, teléfono, número de colegiado; en el exterior del sobre deberá indicarse el título de la fotografías.

Las obras se presentarán debidamente protegidas en la sede del Colegio de Enfermería, sita en c/ Berdigón nº 33 1º D.P. 21003 Huelva, indicando en el sobre: **PARA EL SEXTO CONCURSO FOTOGRAFICO «SAN JUAN DE DIOS»**, hasta las 18 horas del día 22 de Diciembre de 2003

**EXPOSICIÓN:** Todas las fotografías seleccionadas se expondrán en el Salón de Actos del Ilustre Colegio Oficial de Enferme-

## BASES

**OBJETO:** Se convoca el presente concurso de fotografías con el objetivo de dotar al Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Huelva de una ilustración para el cartel del **XI Certamen de Investigación de Enfermería «Ciudad de Huelva»**.

**PARTICIPANTES:** Todos los Enfermeros colegiados en el Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Huelva y al día de sus obligaciones colegiales. El hecho de participar en este Concurso implica la aceptación previa de estas bases en su totalidad.

**TEMA:** «Provincia de Huelva».

**OBRAS:** Mínimo de 2 y máximo de 6 fotos inéditas por autor.





# Ilustre. Colegio Oficial de Enfermería de Huelva



C O N V O C A

## X Certamen de Investigación en Enfermería CIUDAD DE HUELVA

B  
A  
S  
E  
S

### 1. DENOMINACIÓN:

Certamen Onubense de Investigación en Enfermería "CIUDAD DE HUELVA".

### 2. OBJETO:

Los premios se concederán a trabajos de investigación o monográficos de Enfermería, inéditos, que se presenten a este certamen de acuerdo a las bases del mismo y hayan sido realizados por profesionales de Enfermería.

### 3. DOTACIÓN:

La dotación será:

Primer Premio: 1.200 Euros y trofeo.

Accesit: 300 Euros y trofeo.

No se podrán acumular más de un premio en un sólo trabajo. La dotación económica de los premios está sujeta a retención fiscal según lo estipula la ley.

El jurado podrá declarar desierto los premios si considera que los trabajos presentados no reúnen la calidad científica suficiente.

### 4. PRESENTACIÓN:

Los trabajos se presentarán en la sede del Colegio antes de las 18 horas del día 22 de diciembre de 2003. No tendrán límite de espacio y acompañará bibliografía si la hubiese, así como documentación gráfica. Se presentarán cinco copias, en tamaño DIN A-4, mecanografiadas a doble espacio por una sola cara, encuadernados y empaquetados.

Los trabajos se presentarán en sobre donde deberá indicar "Certamen de Investigación en Enfermería. Ciudad de Huelva". No llevará remite ni dato identificativo alguno. Irán firmados con seudónimo. Se acompañará un sobre cerrado donde se indique el seudónimo y en cuyo interior contendrá los datos del autor (seudónimo, título del trabajo, nombre, D.N.I., dirección completa, teléfono, nº de colegiado).

Los trabajos se podrán presentar personalmente en la sede Colegial o bien por correo o agencia, pero han de llegar antes de la finalización del plazo establecido.



*Reflexión*

Victoria Corbacho Durán "Enfermera"

### 5. PARTICIPANTES:

Podrán concurrir todos los profesionales de Enfermería, que se encuentren colegiados en Huelva y día en sus obligaciones colegiales. Quedan excluidos los miembros que componen el jurado. El hecho de participar en este certamen implica la aceptación previa de las presentes bases.

### 6. JURADO:

Estará compuesto por un mínimo de cinco miembros y será presidido por el Presidente del Colegio de Enfermería de Huelva. Todos los miembros del jurado serán profesionales de Enfermería, los cuales nombrarán un secretario. Los concursantes, por el hecho de participar en el concurso, renuncian a toda clase de acción judicial o extrajudicial sobre la decisión del jurado, que será inapelable.

### 7. FALLO:

El fallo del jurado será hecho público por el secretario designado entre sus miembros, el Día Internacional de la Enfermería, San Juan de Dios del año 2004.

### 8. PROPIEDAD DE LOS TRABAJOS:

Los trabajos premiados quedarán en propiedad del Colegio de Enfermería de Huelva, que podrá hacer de ellos el uso que estime oportuno, estando obligado únicamente, en caso de publicación a hacer mención del nombre del autor.

### 9. TITULAR DEL PREMIO:

Será quien aparezca como único o primer firmante.

### Información:

Ilustre Colegio Oficial de Enfermería de Huelva  
C/. Berdigón n.º 33, 1º izq. 21003 Huelva  
Telf.: 959 54 09 04 - Fax: 959 25 62 70  
E-mail: Coleg21@enfermundi.com

### Colabora:



**FUNDACIÓN**  
CAJA RURAL DEL SUR



Banca por internet @

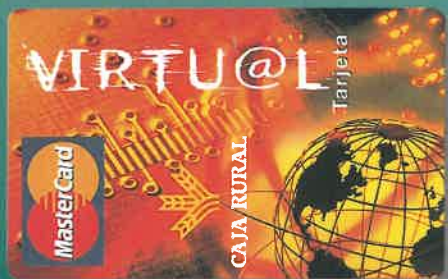
## Entre en su oficina bancaria o vaya de compras sin pasar por el atasco



Banca por Internet es la opción que le ofrece RuralVía para operar con su oficina bancaria es cualquier momento, ir de compras sin perder un minuto, beneficiarse de la rapidez del TPV virtual o acceder a toda la información y servicios que precise.

 **RuralVía@**  
Acortamos distancias  
[www.ruralvia.com](http://www.ruralvia.com)

## Comprar por Internet ha dejado de dar miedo



Te presentamos la nueva Tarjeta Virtual de Caja Rural con la que definitivamente perderás el miedo a comprar por Internet.

Porque sólo tú controlas el límite de la tarjeta pudiendo recargarla con la cantidad que necesites (hasta 3.005,06€) justo en el momento de realizar tu compra y descargarla una vez hecha la compra. De este modo y hasta que no se realice la recarga, la tarjeta no puede ser utilizada. ¡Más seguridad imposible!

Además como es una tarjeta MasterCard, podrás comprar tranquilamente en cualquier tienda de la red.



Ven a Caja Rural o conéctate a [www.cajarural.com](http://www.cajarural.com)  
y pide sin miedo tu Tarjeta Virtual.

  
**CAJA RURAL**  
DEL SUR