

Documentos

ILUSTRE
COLEGIO
OFICIAL DE
ENFERMERÍA
DE HUELVA



enfermería

AÑO VII

nº 22 Julio 2004



Decálogo Profesional de la Enfermería Española

Lactancia Materna
en la ciudad de Huelva



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 Corrao

Francisca Hernández Quinteiro

Enrique Aguirre Májarrro

Eduarda Rico González

Antonio Olid Torres

Patricia Maun Fábrega

Josefa Lorenzo Martín

Asesora de redacción:

Eva M^a Lorenzo Martín

Fotografía:

Antonio J. Alcalde Pérez y 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/ Berdigán, nº 35, pral. 1.ºz.

21003 Huelva

Tel. 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 |
| 4/5 | El Consejo contra la Violencia |
| 6 | Nuevas Prestaciones/Proceso de consolidación de Empleo |
| 7 | Asesoría Jurídica |
| 8 | VII Concurso Fotográfico "San Juan de Dios" |
| 9 | Decálogo |
| 10 | Páliza 250 Millones |
| 11/18 | Lactancia Materna |
| 19 | Sexualidad en silencio. Una experiencia |
| 20/21 | El SIDA en el Hospital |
| 22 | Rafael Alfaro |
| 23 | XI Certamen de Investigación |
| 24 | Caja Rural |

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 preciso alguna normalización del mismo.

Los trabajos se presentarán en folios DIN-A4, numerados, mecanografiados por una sola cara y dobla 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 trata 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 este publicación por cualquier medio sin citar la fuente.

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

Editorial

DE LA INVESTIGACIÓN a la Reflexión

Nuevamente, Documentos de Enfermería vuelve a estar en la calle y en contacto con la profesión de nuestra provincia para cumplir uno de los fines esenciales: la comunicación entre quienes compartimos el mismo destino profesional. Después de un breve paréntesis, esta revista, que tiene carácter y vocación de perpetuidad, se pone a la disposición de los colegiados onubenses cumpliendo los objetivos para los que fue creada hace ya años.

Y lo hace ofreciendo el trabajo ganador de una reciente edición del Certamen Ciudad de Huelva que auspicia este Colegio como prueba y testimonio de que insistimos en seguir fomentando la investigación y la difusión de lo que mejor produce la profesión en ese terreno.

Pero también es merecedor de atención la llamada que la Organización Colegial acaba de efectuar al conjunto de la profesión en España pidiéndole se posicione, mentalice y afronte una realidad tan terrible como evidente que nos golpea prácticamente a diario: la violencia doméstica.

Frente a este tipo de terrorismo (porque no es otra cosa el fenómeno/lacra social que sufrimos los ciudadanos) es preciso que la Enfermería tome clara conciencia de cual es su papel en tanto profesional sanitario que puede ayudar a erradicar, junto a los equipos multidisciplinarios, el enorme drama que cada día

pasa ante nuestros ojos con mujeres asesinadas (en la inmensa mayoría de los casos) víctimas de los malos tratos infringidos por sus esposos o compañeros.

Enfermería, por ser un colectivo íntimamente enraizado en la sociedad, por su contacto permanente y cercano a ella, no puede quedar imposible ante la monstruosidad de la violencia de género que se perpetra en el ámbito doméstico. El Consejo General de Enfermería quiere que la profesión lidere un sentimiento primero, de repulsa, y, acto seguido, de ayuda para intentar erradicar el rosario de muertes y dolor que, pese a su cotidianeidad, no puede dejarnos indiferentes. En ese reto, la Enfermería de Huelva no va a ser una excepción y desde esta Tribuna, nuestro aliento y respeto hacia cuantas medidas se vayan adoptando en aras a combatir este otro terrorismo, que por silencioso no deja de ser menos condenable y perverso.



EL CONSEJO GENERAL INSTA A LA ENFERMERÍA A CONDENAR, COMBATIR Y ELIMINAR LA VIOLENCIA DOMÉSTICA COMO LACRA SOCIAL

El Consejo General de Enfermería de España ha decidido posicionarse ante uno de los problemas de mayor calado que actualmente sufre la sociedad: la violencia doméstica o de género. Las agresiones, sufridas mayoritariamente por las mujeres a manos de sus esposos o compañeros, constituyen una lacra ante la que la profesión de enfermería debe actuar. Para ello, el Consejo General, en la festividad del Día Internacional de la Enfermería, ha hecho una proclama instando a todo el colectivo para unirse a la "condena" y "lucha" que ponga freno a una escalada de violencia, dolor y muerte que, día a día, estremece a la sociedad. Para ello anuncia un programa de formación actualizado y con vocación de continuidad para que la enfermería trabaje contra este tipo de violencia.



La Organización Colegial de Enfermería, a través de su Consejo General, acaba de decir un "no" rotundo a la violencia doméstica. Definida como "reflejo de la discriminación por razón de sexo, ejercida mayoritariamente contra las mujeres", la violencia de género se puede catalogar como cualquier "acto de agresión, física o psíquica basada en la superioridad de un sexo frente a otro". El Consejo General recuerda que ya en el Código Deontológico Profesional (artículo 4) se sus-

El órgano institucional recuerda que la profesión, mayoritariamente formada por mujeres, "se encuentra especialmente capacitada para dar atención de salud a las víctimas y a fortalecer su capacidad de mejora de sus condiciones de vida".

cribe la Declaración Universal de los Derechos Humanos de la ONU en base a la Declaración del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) sobre "salud de la mujer" por el que se opone, de forma activa a todas las actitudes que conlleven violencia de género y se "compromete a eliminar esta lacra social".

Sustantivo es valorar cómo el Consejo General estima que "las Enfermeras/os pueden contribuir de forma eficaz a los esfuerzos, nacionales o mundiales, que se acometen para su eliminación". A partir de la gran conciencia social que existe en España acerca de un asunto tan gra-

ve, el Consejo entiende que sería oportuno trabajar seriamente en el desarrollo de acciones destinadas "explícitamente a prevenir la violencia masculina" así como a

"reeducar a los varones que lo ejercen". Para ello hay que trabajar en los campos educativo y sanitario, especialmente en la prevención, detección y rehabilitación; "las enfermeras, proclama el Consejo, deben integrarse en equipos multidisciplinares que pongan en práctica programas de tratamiento para varones que podrían ejercer o cometer actos de violencia partiendo de la idea de que existen distintos niveles para el abordaje según el grupo específico en cuanto a edades, situación social, etc."

LÍNEAS GENERALES DE ACTUACIÓN

Para ello, el Consejo General propone las siguientes líneas:

- **Formación de redes de contacto con otras disciplinas profesionales, instituciones gubernamentales y no gubernamentales a niveles nacional o extranjero.**
- **Colaboración con las capacidades, habilidades, recursos y estructuras organizativas con que cuenta la profesión.**
- **Fomento de la participación de las enfermeras en todo tipo de debates, política y legislación relacionados con la violencia doméstica.**
- **Asociación con medios de información para llegar al conjunto de la ciudadanía.**
- **Allentamiento de la enfermería para que se elaboren y apliquen procedimientos, medidas y legislación pertinente.**
- **Desarrollo de protocolos profesionales adecuados para la detección precoz del maltrato físico-psíquico.**

ENFERMERÍA Y LA ATENCIÓN A LA VÍCTIMA

Para el Consejo General, "las enfermeras son miembros claves en los equipos multidisciplinares que prestan atención y cuidados a las víctimas de la violencia sexista". Para que esa atención sea la más eficaz posible, han de observarse los siguientes aspectos:

- Atención necesaria de las lesiones (físicas/psíquicas) sufridas por la víctima
- Recogida de indicios y pruebas que, posteriormente, sirvan como pruebas periciales para la comprobación de los hechos haciendo acopio de datos fiables sobre esta clase de violencia.
- Formación sistemática del personal de enfermería para que sea ejemplo de eficacia ante estas situaciones así como incorporación de la conciencia de desarrollar este tipo de formación en los programas educativos sea nivel de pregrado e impartiendo la formación

continua para alcanzar una base sólida de conocimientos, capacidades y un marco ético para la práctica profesional.

- Vocación de permanencia puesto que no basta un entrenamiento puntual sino un proceso formación/sensibilización continuos para interiorizar nuevas disposiciones.
- Promoción y participación de la enfermería en la investigación mediante la recogida de datos, estadística y publicación de las conclusiones en estudios rigurosos.

POSICIONAMIENTO DEL CONSEJO GENERAL

En virtud de todo lo arriba expuesto, el Consejo General de Enfermería de España pone en pie la siguiente Declaración Institucional mediante la cual:

- **APOYO:** A la protección más absoluta de los derechos de la mujer y rechaza cualquier tipo de violencia (física o psíquica) contra ella
- **PROMOCIÓN:** A la igualdad de los géneros y se declara impulsor de cuantas medidas estén dirigidas a resolver desigualdades de poder, condición y funciones sociales.
- **CAPACITACIÓN:** Los profesionales de enfermería, en tanto que mayoritariamente integrado por mujeres, se encuentran especialmente capacitadas para dispensar atención de salud a las víctimas de la violencia de género así como para fortalecer su capacidad de mejora en las condiciones de vida.
- **COMPROMISO:** El Consejo General expresa su convicción y compromiso ante la necesidad de facilitar una formación específica en el ámbito de la violencia doméstica capaz de generar habilidades y actitudes necesarias para afrontar este grave problema de la sociedad.
- **CONDENA:** Ante cualquier acto de violencia o abuso cometido contra cualquier persona, la enfermería debe concienciar a los ciudadanos y al resto de profesionales sobre la necesidad de erradicar una lacra social como es la creciente agresión a la dignidad, la salud y la integridad de la mujer ■

y VIOLENCIA LABORAL

Pero no todo se limita a analizar, estudiar y buscar soluciones para la violencia de género. Desde el Consejo General también se insta a que, desde distintas ópticas y responsabilidades, se aborde en profundidad una violencia que tiene a los sanitarios de desafortunados protagonistas. Es la violencia laboral, la que crece en los medios de trabajo donde las agresiones al personal son capítulo que se repite en una escalada a la que también hay que poner coto para que el ejercicio de cualquier profesión sanitaria no comporte un riesgo más añadido: el de la violencia de los usuarios.

Nuevas prestaciones de la Organización Colegial en Andalucía

Para general conocimiento de los colegiados de Huelva, pasamos a concretar las modificaciones habidas en las normas que regulan las prestaciones que el Consejo Andaluz de Enfermería (CAE) otorga a los colegiados de la región en materia de nacimiento, matrimonio y defunción, según acuerdos aprobados por el pleno del CAE el pasado 29-12-2003.

Cuantía de las Prestaciones

| | |
|------------|--------------|
| Nacimiento | 110,00 euros |
| Matrimonio | 120,00 * |
| Defunción | 400,00 * |

Los requisitos para obtener cualquiera de estas prestaciones son:

- Estar colegiado en alguna de los Colegios de Enfermería andaluces con anterioridad a la fecha en que se produzca el hecho causante: nacimiento, matrimonio o defunción.

- Certificación colegial de estar al corriente de sus obligaciones colegiales
- Las solicitudes habrán de presentarse dentro de los SEIS MESES siguiente al devengo del nacimiento, matrimonio o defunción, acompañando copia del libro de familia donde se halle inscrito el hecho causante.

Supuestos excepcionales

- Si dos colegiados contraen matrimonio, la prestación se concederá a cada uno de ellos.
- Si se produce un parto múltiple, la prestación por matrimonio se concederá a razón de 110,00 euros por cada hijo.
- Si ambos cónyuges colegiados fallecen al mismo tiempo, se concederá la prestación a sus herederos legales.
- En caso de adopción será concedida la prestación.

- En caso de matrimonio de hecho será denegada.

Beneficiarios de la Póliza

Las solicitudes se presentarán por los beneficiarios de la prestación directamente o por persona en su representación.

- En caso de defunción, la solicitud se concederá al cónyuge superviviente y si fallecen ambos cónyuges o se trata de un colegiado viudo, a las herederas.
- En el supuesto de nacimiento, la prestación se concederá al padre o la madre colegiadas.
- En el supuesto de matrimonio, la prestación se concederá al colegiado contrayente.
- En caso de adopción será concedida la prestación.
- En caso de matrimonio de hecho, será denegada.

PROCESO DE CONSOLIDACIÓN DE EMPLEO PARA ENFERMERÍA

La Consejería de Salud ha informado sobre la evolución que se sigue en el proceso Extraordinario de Consolidación de Empleo en la categoría de ATS/DUE, Matronas y ATS/DUE en Dispositivos de Cuidados Críticos y Urgencias.

Por lo que se refiere a la convocatoria del proceso extraordinario de Consolidación de empleo para ATS/DUE, se han cubierto las siguientes fases: convocatoria, listado provisional de admitidos y ex-

cluidos, listado definitivo de admitidos y excluidos, examen y resultados provisionales. Las fases que están aún pendientes de resolución son: resultados definitivos, expectativa de destino, inicio fase de provisión, resultados provisionales, resultados definitivos y, finalmente, nombramientos.

Para las Matronas, se han cubierto las fases siguientes: convocatoria, listado provisional de admitidos y excluidos, listado definitivo de admitidos y excluidos, examen, resul-

tados provisionales y resultados definitivos. Quedan por cumplirse las restantes: expectativa de destino, inicio fase de provisión, resultados provisionales, resultados definitivos y nombramientos.

ATS/DE C.C. y Urgencias

Finalmente, para el personal de Enfermería de Cuidados Críticos y Urgencias el proceso se encuentra en idéntica situación que el expresado para los ATS/DUE en proceso de consolidación de empleo.

Asesoría Jurídica

Una Colegiada gana un juicio por lesiones de una usuaria

La Asesoría Jurídica del Colegio ha entendido el asunto planteado por una enfermera que expuso las circunstancias de una agresión sufrida en su lugar de trabajo a manos de una ciudadana. Celebrado el juicio de faltas, el Juez ha condenado a la autora a un mes de multa, al pago de las costas del juicio así como indemnizarla en una cantidad.

Una enfermera que presta sus servicios profesionales en un centro hospitalario de nuestra ciudad trasladó a los servicios jurídicos del Colegio la constatación de haber sufrido una agresión por parte de una mujer usuaria de la sanidad pública. La Asesoría Jurídica interpuso la correspondiente denuncia y el pasado mes de mayo se celebró la vista del juicio ante el titular del Juzgado de Instrucción número 4 de los de Huelva.

En la sentencia se dan como hechos probados que la "denunciante (...) fue agredida y herida" por la denunciada "padeciendo lesiones que tardaron en curar un día". Como Razonamientos Jurídicos, el Magistrado Balero Múgica, tras las pruebas efectuadas, confirma "la realidad del enfrentamiento físico en el lugar de los hechos por agresión de la denunciada y el resultado lesivo padecido acedi-

tado por el Informe Médico obrante en autos".

En el Fallo, luego de no probarse la "actuación amenazante que se imputó a la denunciada" el juez condena a la usuaria de la sanidad pública "a la pena de un mes de multa con cuota de tres euros al día y responsabilidad personal subsidiaria de quince días caso de impago, pago de las costas y a indemnizar [a la enfermera denunciante] por importe de 24 euros". De esta forma se saldaba un caso -uno más- de la violencia que sufren los profesionales sanitarios y que el Colegio de Enfermería de Huelva resolvió apoyando y dando soporte jurídico a la citada enfermera agredida en el ejercicio de su profesión.

La Asesoría Jurídica del Colegio de Enfermería de Huelva informa, a su vez, de la existencia de nuevas denuncias similares a la presente que, en estos momentos, se encuentran pendientes de la celebración del correspondiente juicio lo que viene a confirmar, por otra parte, el incremento del clima de agresión y violencia contra los profesionales sanitarios. En este contexto, resulta fundamental que la enfermera/o cuente con el apoyo jurídico de su Colegio profesional.

REQUISITOS PARA INSCRIBIRSE EN LA MESA DE CONTRATACIÓN

En la Secretaría del Colegio se encuentra a disposición de los interesados todo lo relativo a los requisitos que son necesarios para estar debidamente inscritos en la Mesa de Contratación. Se ha de cumplimentar un modelo de solicitud acompañado de fotocopia del D.N.I. así como del título académico oficial del interesado.

En el bloque del Baremo se incluyen seis apartadas donde se contemplan las especificidades en torno a notas por matriculas de honor, premios fin de carrera, formación profesional, servicios prestados en iguales o diferentes categorías y un largo etcétera.

También se puede comprobar las Normas de las Mesas de Contrataciones donde, entre otras muchas consideraciones, se determina que "cualquier persona inscrita en la Mesa de Contratación que rechace o renuncie a una oferta de trabajo (entendiéndose también por renuncia la no localización) será sancionada con la pérdida del lugar que ocupe en la Bolsa de Trabajo en la que renuncie o rechace durante un periodo de trece meses".

También en estas normas de las Mesas se habla de bajas voluntarias, evaluación desfavorable por el centro donde se hayan prestado los servicios y el hecho de que en la Bolsa de Trabajo sólo se puede estar inscrito en dos categorías como máximo.



VII Concurso Fotográfico

"San Juan de Dios"



Ilustre
Colegio
Oficial
de
Enfermería

Huelva
2004



CAJA RURAL
DEL SUR

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

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: Todas las Enfermeras colegiadas 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.

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 cuya reversa (la del título de dicha foto).

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

Las obras se presentarán debidamente prote-

gidas en la sede del Colegio de Enfermería: sita en c/ Perdigón nº 33 1º D.P. 21003 Huelva, indicando en el sobre PARA EL SEPTIMO CONCURSO FOTOGRAFICO «SAN JUAN DE DIOS» hasta las 18 horas del día 22 de Diciembre de 2004.

FALLO: El fallo del jurado se dará a conocer en los actos de celebración del **Día Internacional de la Enfermería, San Juan de Dios 2004**, arrojándose 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 las 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 reclamarlos y podrán ser utilizadas por el Colegio.

NOTA: Cualquier imprevisto será resuelta por el comité organizador.

CONVOCA:
ILTE. COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA DE HUELVA.

Aprobado por la Asamblea General de Colegios provinciales

LA ORGANIZACIÓN COLEGIAL Y EL DECÁLOGO PROFESIONAL DE LA *Enfermería Española*

La asamblea general de presidentes de Colegios Provinciales de Enfermería, reunida recientemente en Compostela, ha tomado, entre otras, en acuerdo programático por el que se establece el denominado "Decálogo de la profesión" donde se contemplan los diez capítulos fundamentales relativos al presente y el futuro de la Enfermería en España. Estos que a continuación transcribimos

- I Las enfermeras/os son profesionales facultativos. Su titulación les facilita para impartir cuidados propios de su disciplina y disponer de autoridad y poder para ejercer sus funciones propias.
- II Las enfermeras/os realizan su trabajo con autonomía y responsabilidad propia. Son responsables de sus propias acciones, sin depender de otros, son conscientes y responden de sus actos y obligaciones de acuerdo con ellas.
- III Las enfermeras/os podrán ser licenciados y doctores en Enfermería. Con capacidad plena para la docencia y la investigación. Con un nivel salarial correspondiente al grupo A.C.O. con un nivel formativo adecuado a sus nuevas competencias profesionales.
- IV Las enfermeras/os podrán ser especialistas. Profesionalizando en un área concreta del ejercicio profesional. Aumentando su cualificación y la seguridad de los pacientes. Recibiendo una retribución acorde con su con-

dición de especialistas. Incrementando la calidad de los cuidados prestados a los ciudadanos.

- V Las enfermeras/os tienen funciones de asistencia, docencia, investigación y gestión. Funciones reconocidas en la Ley. Además, poseen las atribuciones de dirigir y evaluar los cuidados propios de su competencia.
- VI Las enfermeras/os deberán disponer de una carrera profesional única e igual para todos. Deberán ver reconocido su experiencia, méritos, esfuerzo y contribución a la salud de los ciudadanos. Podrán acceder a diversos niveles de reconocimiento profesional en todo el Estado. Deberán recibir una retribución adecuada a su esfuerzo y nivel de cualificación.
- VII Las enfermeras/os estarán protegidos de sus riesgos laborales: físicos, psíquicos y biológicos. Dispondrán de una legislación que asegure su defensa contra las agresiones físicas. Dispondrán de un Plan de asistencia integral en el caso de enfermedades mentales. Tendrán a su alcance aquellos mecanismos de bioseguridad que impidan la transmisión de enfermedades zoonóticas, así como una norma legal que obligue a su uso.
- VIII Las enfermeras/os tendrán un salario no inferior al 80% del salario médico. En la actualidad, la media salarial se encuentra en el 45% del salario médico frente al 80% del año 1983 y a pesar de nuestra mayor cualificación, competencia y responsabilidad.
- IX Las enfermeras/os realizarán su trabajo en condiciones laborales que



Gonzalo García. Presidente del Colegio de Enfermería Oribense

disminuyan la actual sobrecarga asistencial y garanticen el cien por cien de la cobertura de sus plantillas. Los recursos humanos en Enfermería deberán ajustarse a las cargas de trabajo y las necesidades de cuidados de los pacientes. Las bajas por enfermedad u otras deberán ser cubiertas al cien por cien en el conjunto de las Instituciones sanitarias.

- X Las enfermeras/os garantizan la buena práctica de la profesión, la seguridad de los pacientes y su propia seguridad jurídica. La práctica de Enfermería se encontrará normalizada, definidos sus estándares de calidad y con un lenguaje homogéneo en todas sus intervenciones. Las enfermeras/os estarán acreditadas conforme a criterios de calidad y excelencia para el ejercicio profesional mediante la evaluación de su competencia. Dispondrán de la necesaria protección en materia de responsabilidad civil y penal para garantizar su seguridad jurídica.

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL

**TU COLEGIO
TE PROTEGE
CON 250 MILLONES
DE PESETAS**

¡No te olvides!
tu seguridad, ante todo



ORGANIZACIÓN
COLEGIAL DE ENFERMERÍA

Colegio Oficial
de Huelva

Lactancia Materna en la ciudad de Huelva (y II)

Autor: Juan Gómez Salgado

1. Justificación

La leche

materna es el mejor alimento posible del niño en los primeros meses de vida (1, 2, 3). Es tal la trascendencia de sus beneficios nutricionales, inmunológicos, psicológicos, económicos, etc., que recientemente la OMS apostó decididamente por establecer el límite recomendable para la lactancia exclusiva en seis meses¹. Sin embargo, pese a las numerosas ventajas de la lactancia materna, la promoción que desde las instituciones se viene haciendo, la educación maternal y los controles del puerperio, aún son muchas las madres que siguen cayendo en la lactancia artificial.

Además del beneficio que supone para los hijos y las madres, el aumento de la lactancia materna repercute favorablemente sobre la sociedad y la economía al disminuir los costes de la asistencia sanitaria y el absentismo laboral, que se produce por la atención y cuidado de los niños enfermos, reduciendo así las posibles pérdidas económicas. La incidencia significativamente menor de enfermedades en los lactantes alimentados al pecho deja más tiempo a los padres para dedicarlo a la atención de sus otros hijos y deberes familiares, minimizando así los conflictos. Se estima, incluso, que el gasto medio en fór-

mulas lácteas durante el primer año de vida ronda los 1.000 € y que el ahorro posible con la lactancia materna es aproximadamente 500 € (4) por niño y año. Se consiguen de esta forma hijos, familias y sociedades más saludables.

Los innumerables ventajas de la lactancia hacen que el aumento de los porcentajes de inicio y duración de la misma constituyan un objetivo sanitario prioritario para el país y la OMS. Se encuentra entre los objetivos de la *Healthy People 2000*² y en las conclusiones la 54ª Asamblea Mundial de la Salud. En dicha asamblea se hacen recomendaciones en materia de investigación, entre las que se encuentra la "identificación de las limitaciones sociales y biológicas a la lactancia materna exclusiva hasta los seis meses en diferentes entornos geográficos y culturales, y formulación de intervenciones apropiadas y efectivas para hacer frente a esos obstáculos y a sus consecuencias, dado que se reconoce que las tasas de lactancia materna exclusiva disminuyen sustancialmente después de los cuatro meses"⁽⁴⁾, dentro de la cual se encuadra la presente investigación. Nos proponemos determinar la presencia de la lactancia en la población en sus diferentes formas; exclusiva, mixta y artificial, así como de los factores de riesgo de no iniciación o abandono precoz.

Teniendo en cuenta:

1. la escasez de estudios sobre la

lactancia en nuestro país, la práctica singularidad en el contexto andaluz del estudio realizado por la Consejería de Salud en 1986 (estudio ya obsoleto que finalmente recogió datos de tan sólo cuatro provincias, no encontrándose Huelva entre ellas);

2. la ausencia de investigaciones que recojan la realidad onubense³;
3. la práctica inexistencia en la literatura científica de propuestas de escalas de valoración del alto riesgo de no iniciación o abandono precoz de la lactancia materna;
4. la necesidad de una atención focalizada para mejorar la prevalencia de éste hábito en la población;
5. la tradición segmentaria en el enfoque, dado que se habitualmente se ha estudiado la lactancia obviando algunas de las dimensiones implicadas en cualquier fenómeno humano (biológica, psicológica y social) o el binomio madre-hijo;
6. las prioridades sanitarias del país, así como las recomendaciones de la OMS;
7. los grandes beneficios, derivados del aumento de conocimiento sobre el problema para, madres, hijos, familias, los profesionales de la salud, las instituciones responsables de la educación para la salud y de la pla-

¹ En su primera recomendación hecha sobre la "Estrategia mundial para la alimentación del lactante y del niño pequeño" en la 54ª Asamblea Mundial de la Salud a 1 de mayo de 2001. En recomendaciones anteriores se estableció como aceptable aquella lactancia materna exclusiva que se prolongaba entre cuatro y seis meses.

² Concretamente, aconsejan "aumentar por lo menos hasta el 75% el porcentaje de madres que alimentan a sus hijos al pecho al comienzo del periodo postparto, y como mínimo hasta el 50% de aquéllas que continúan con la lactancia materna hasta que su hijo tiene 5 o 6 meses" (5).

³ Tras la amplia revisión de la literatura no se han hallado datos referentes a la provincia onubense ni su capital, ya que en el anteriormente comentado informe técnico sobre la lactancia en España no se incluyó ninguna provincia andaluza y en el estudio andaluz no se analizaron datos de Huelva, siendo necesario conocer el punto de partida para mejorar.

nificación de la atención primaria en la mujer y por último, la sociedad, punto de partida en nuestra aproximación conceptual al problema; consideramos, sin lugar a dudas, que el estado de la lactancia y los posibles factores influyentes en la no iniciación o abandono precoz de la misma constituyen un suceso de interés enfermero (3, 6) digno de investigación.

2. Objetivos

Los objetivos que guían nuestra investigación se pueden clasificar en general y específicos.

Como objetivo general pretendemos realizar un diagnóstico epidemiológico describiendo la lactancia en la ciudad de Huelva.

Como objetivos específicos tenemos:

1. Calcular la proporción de lactancia materna exclusiva, mixta, artificial, así como de la no iniciación de ésta.
2. Identificar posibles factores de riesgo de no iniciación o abandono precoz de la lactancia materna y la medida en que repercuten.
3. Obtener información determinante ante la posibilidad de poner en práctica un posterior estudio analítico que amplie las conclusiones de éste.

3. Contextualización

La presente investigación se ha desarrollado en los cinco centros de salud de la ciudad de Huelva que cuentan con puntos de vacunación. El sexto, Centro de Salud Adoratri-

ces, al ser de reciente creación, no ha asumido todavía el programa de vacunas por lo que su población ha sido captada donde hasta ahora tiene este servicio, el Centro de Salud Casa del Mar.

Debido a la reciente apertura del centro de salud de Adoratrices las delimitaciones de los centros se están replanteando para una distribución más acorde con las ubicaciones de los mismos, ya que en algunos casos la situación del centro no es equidistante a sus límites y en otros se haya fuera de ellos.

Pese a que están en proceso de modificación, las zonas descritas son las actualmente vigentes.

El programa de vacunas constituye una de las medidas más eficaces en la prevención de importantes enfermedades que afectan a toda la población, con especial repercusión en la infancia y la adolescencia. Las vacunas que se encuentran en el calendario de vacunaciones se administran gratuitamente siendo su seguimiento prácticamente generalizado.

4. Muestra

La muestra de nuestro estudio está formada por 228 mujeres con hijos con edades entre los 0 y 15 meses inclusive, asistentes a consulta de vacunas durante el mes de abril en la ciudad de Huelva, $n = 228$. La obtención de dicha muestra se realizó mediante un proceso bifásico. Primera fase: Para la captación de un número representativo "n" de nuestra población (madres asistentes a consultas de vacunas con hijos con edades comprendidas entre los 0 y 15 meses durante el mes de abril) cuyo número es desconocido a priori, se procedió de la siguiente

forma. Se calculó con respecto al mes de mayor natalidad de los últimos quince meses⁴ un 10% de fluctuación al alza, $N = 568 + 568(0,10) = 568 + 56,8 = 625$ y a dicha estimación se le halló el tamaño mínimo muestral para una proporción a través de EPI INFO 6.0, obteniendo un tamaño muestral $n = 239$ muestras, aplicando un nivel de confianza del 95 % y un error del 5 % como muestra la imagen.

Demostración del tamaño mínimo muestral para la estimación

Teniendo en cuenta además las posibles contingencias, hallamos el tamaño muestra ajustado a las pérdidas: $n = n / (1 - R)$, donde n es el número de sujetos sin pérdidas y R la proporción esperada de pérdidas, por lo que $n = 239 / (0,15)$; $n = 275$. Resultando, a través de la afijación proporcional, la cuota por centros:

Centro de salud

| | |
|-----------------|-----|
| Adoratrices | 78 |
| Casa del Mar | 125 |
| Molino de la V. | 127 |
| La Orden | 69 |
| Los Rosales | 101 |
| El Torrejón | 68 |
| Total | 568 |



⁴ Datos correspondientes al mes de diciembre de 2001 facilitados por el Distrito Sanitario Huelva-Costa.

$N_A = 78$
 $N_{CM} = 125$
 $N_M = 127$
 $N_O = 69$
 $N_R = 101$
 $N_T = 68$

$\rightarrow N_A/N * n = 0.137 * 275 = 38$
 $\rightarrow N_{CM}/N * n = 0.22 * 275 = 60$
 $\rightarrow N_M/N * n = 0.226 * 275 = 62$
 $\rightarrow N_O/N * n = 0.12 * 275 = 33$
 $\rightarrow N_R/N * n = 0.1778 * 275 = 49$
 $\rightarrow N_T/N * n = 0.12 * 275 = 33$

n_A - Adoratrices
 n_{CM} - Casa del Mar
 n_M - Molino de la V.
 n_O - La Orden
 n_R - Los Rosales
 n_T - El Torrejón

Segunda fase: Transcurrido el periodo de observación, mediante recuento manual en los registros de cada centro, conocimos N y su distribución. Seguidamente, usando de nue-

vo el tamaño mínimo para una proporción aplicando un nivel de confianza del 95% y un error del 5% obtenemos un tamaño muestral **n= 228**.

Realizamos afijación proporcional, tomando como base para la estratificación la proporción de madres que asiste a cada centro de salud, obtenemos las siguientes proporciones:

$N_A = 75$
 $N_{CM} = 122$
 $N_M = 126$
 $N_O = 67$
 $N_R = 98$
 $N_T = 67$

$\rightarrow N_A/N * n = 0.135 * 228 = 31$
 $\rightarrow N_{CM}/N * n = 0.22 * 228 = 50$
 $\rightarrow N_M/N * n = 0.227 * 228 = 52$
 $\rightarrow N_O/N * n = 0.12 * 228 = 28$
 $\rightarrow N_R/N * n = 0.1765 * 228 = 40$
 $\rightarrow N_T/N * n = 0.12 * 228 = 27$

n_A - Adoratrices
 n_{CM} - Casa del Mar
 n_M - Molino de la V.
 n_O - La Orden
 n_R - Los Rosales
 n_T - El Torrejón

De lo anterior procedemos a la tabulación de los 228 casos necesarios para nuestro estudio. Esta muestra supone un 41,08% de la población de estudio, manteniendo la representatividad de las poblaciones adscritas a cada centro. Contamos con muestra reserva de 47 registros ($n = 275 - 228 = 47$) resultante de la sobreestimación intencionada de la primera fase del muestreo. En el proceso de tabulación se desecharon 27 cuestionarios por inconsistencia en sus respuestas o ausencia de datos fundamentales, lo que supone un 11,84% de pérdidas.

La participación en la investigación fue voluntaria tras consentimiento informado reseñado por los profesionales de atención primaria, administradores de los cuestionarios, y el preámbulo introductorio del propio cuestionario.

5. Método

El tipo de estudio empleado para llevar a cabo la investigación de acuerdo a los objetivos planteados es el observacional descriptivo multicéntrico no probabilístico por cuotas, siguiendo las sugerencias metodológicas de la OMS⁵.

5.1. Procedimiento

Dentro de la fase conceptual del proceso de investigación científica, tras formular y delimitar el problema se revisó la literatura relacionada⁶. Siguiendo las recomendaciones de Richard Martínez y cols. (7) definimos en varias frases cortas el tema sobre el que se desea obtener información, seleccionamos los conceptos más significativos contenidos en la frase de-

sestimando los vagos o imprecisos, buscamos sinónimos para disponer de términos alternativos en el momento de llevar a cabo la búsqueda en las bases de datos y por último consultamos en un thesaurus⁷ los términos más utilizados para referirse al tema de la investigación. A través del thesaurus, limitando la búsqueda desde el año 1993 hasta la primera semana de mayo de 2002, y sin limitaciones de idioma, realizamos la búsqueda en MEDLINE.

A continuación sondeamos la base de datos de las revistas médicas cubanas, que indexa artículos de 39 revistas de disciplinas sanitarias. Nuestra tercera aproximación la constituyó el índice *Index de Enfermería y base de datos CUIDEN*. Ésta incluye la producción nacional de las revistas enfermeras de carácter general (ROL, Enfermería Científica y En-

⁵ En *Methodology for determination of breastfeeding patterns*, Maternal and Child Health, Ginebra, 1981.

⁶ La fuente de inspiración metodológica en nuestro proceder la constituyen Polit y Hungler, en su obra *Investigación Científica en Ciencias de la Salud*, Tercera edición, México: Interamericana/Mc Graw-Hill, 1991.

⁷ Un thesaurus se define como un lenguaje documental formado por conceptos asociados por especialistas en catalogación y documentación que permite indexar, almacenar y recuperar datos controlado y dinámico, constituido por términos afines semántica y genéricamente que abarcan un dominio de conocimiento científico.

fermería Clínica), la dependiente de asociaciones (Gerokomas, Enfermería Intensiva, etc.) y la de los colegios profesionales (Hygia, Enfermería Intensiva, etc.). Adentrándonos en las fuentes secundarias de documentación en disciplinas afines consultamos el *Índice Médico Español (IME)*. Se trata, sin lugar a dudas del índice de sumarios más importante de nuestro país, engloba más de 330 revistas médicas españolas. Siguiendo con los índices en disciplinas afines, consultamos la *Base de Datos de Documentación Médica Española (DOCUMED)*. Para finalizar con las fuentes de información de disciplinas afines buscamos en el Centro Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud (BIREME). En lo referente a otras bases distintas de las Ciencias de la Salud, movidos por el deseo de enfocar el problema de investigación considerando su dimensión social, consultamos ISOC (Ciencias Sociales y Humanidades). ISOC pertenece al Centro de Información y Documentación Científica del Centro Superior de Investigaciones Sociológicas. Además de las bases de datos anteriormente mencionadas, se consultaron manualmente los fondos documentales de las Universidades de Huelva y Sevilla, así como el Centro de Documentación "María Zambrano" del Instituto Andaluz de la Mujer. Los resultados de la búsqueda nos mostraron que la tendencia en las publicaciones es diferente, mientras en MEDLINE sigue una tendencia decreciente, en los repertorios españoles es creciente y que un tercio de ellas se publican en revistas de enfermería. Los enfoques más estudiados son los relacionados con su promoción y fisiología en los repertorios hispa-

nos y los factores psicosociales y de promoción en los anglosajones. La forma preferida de diseminación de las conclusiones por la mayoría de los investigadores es el artículo original, siendo escasos los ensayos clínicos. En cuanto al origen de las investigaciones suelen ser de universidades, en el caso de las anglosajonas, y procedentes de Atención Primaria en las españolas.

Formulado y delimitado el problema, revisada la bibliografía existente, formulados los objetivos e hipótesis observacionales, nos adentramos en la planificación y diseño. Tras seleccionar el método de la investigación, definimos las variables.

5.2. Variables del estudio

Las variables de nuestro estudio se pueden clasificar en variable dependiente o suceso de interés y en variables independientes o factores de riesgo. Como suceso de interés estudiamos la lactancia humana en sus tres formas básicas, lactancia materna exclusiva, lactancia mixta y lactancia artificial⁸. Hacemos referencia a la lactancia materna exclusiva, cuando es el pecho el único sustento, lactancia mixta cuando además se introducen leches artificiales en la dieta, y lactancia artificial cuando se recurre únicamente a las fórmulas lácteas maternizadas. En ocasiones, para el análisis de los resultados se considerarán la lactancia materna exclusiva y la lactancia mixta bajo el concepto de lactancia natural.

Realizado el plan de muestreo, el estudio piloto, las revisiones pertinentes como detallamos con anterioridad, y solicitados los corres-

pondientes permisos al Comité Ético de Investigación Clínica de la Provincia de Huelva y al Distrito Sanitario Huelva-Costa del Servicio Andaluz de Salud iniciamos la fase empírica de la investigación. Nuestro primer paso fue la presentación de la investigación en los diferentes centros de salud entre los días 20 y 27 de marzo. En dicha presentación se informó a los Directores y Jefes de Enfermería de los objetivos y propósitos del estudio, así como de los permisos obtenidos, entregándoseles además sendas carpetas informativas en las que se incluía una carta de presentación para cada profesional, una nota aclaratoria y una copia de la memoria del proyecto. Tras solicitar su colaboración se concertaron citas para explicar el estudio a todos los profesionales del centro. En estas sesiones informativas se describieron los objetivos, propósito e implicaciones a la vez que se solventaron las dudas que fueron planteando sobre la metodología. Conocida la investigación por parte de todos los trabajadores, se colocaron carteles explicativos para las madres. Con éstos se pretendía aumentar la participación y disminuir las preguntas y el grado de sorpresa en las madres a la hora de entregárseles el cuestionario descargando, además, del papel informativo a los profesionales. Pese a ser la predisposición de los profesionales muy diferentes en cada centro, se consiguió establecer al menos una persona de referencia por cada uno de ellos para centralizar el almacenamiento de los cuestionarios una vez cumplimentados y servir de nexo permanente entre el campo y el investigador, ya que éste debía rotar permanentemente por los centros de salud en horario de mañana

⁸ Como ya describimos en el apartado 2.1 del marco conceptual, cuando estudiamos los tipos de lactancia, la propuesta estandarizada de definición de los diferentes tipos de lactancia de la OMS resulta poco operativa para la mayoría de las investigaciones.

y tarde durante el periodo de observación, para poder así monitorizar todo el proceso de recogida de datos. Éste se efectuó aprovechando la asistencia de las madres de la población objeto de estudio a los "Programas de Vacunaciones de Andalucía", metodología comúnmente aceptada debido al alto grado de cumplimiento de este hábito saludable, incluso entre madres poco motivadas. Esta aseveración es corroborada en el contexto andaluz y onubense por la Memoria del Servicio Andaluz de Salud del año 2000⁹ (8). Para no interferir en la dinámica de trabajo y conseguir de esta forma el mayor grado de colaboración por parte de los profesionales, elaboramos el instrumento de recogida de la información para ser autoadministrado, tras consentimiento informado de forma que no requiere la presencia del profesional mientras es cumplimentado. Éste les fue facilitado a las madres junto con el número para consulta de vacunas, de forma que podía ser rellenado mientras esperaban¹⁰ o administrado por los enfermeros de los centros de salud en las consultas de vacunas, dependiendo de la sistemática de trabajo de cada centro. En zonas como la adscrita al Centro de Salud El Torrejón, debido a sus características socio-demográficas (alta índice de analfabetismo y conflictividad social) resultaba especialmente interesante asegurar el tamaño mínimo muestral, por lo que desde el inicio de la observación a aquellas madres que no podían rellenarlo en el centro, se les tomó el número de teléfono y

se las encuestó telefónicamente. Finalizado el periodo de recogida de información se retiraron los carteles, se realizaron agradecimientos y se solicitó el correspondiente permiso a los profesionales que colaboraron para aparecer en los agradecimientos.

Seguidamente se procedió al tabulado de los registros necesarios, según el tamaño mínimo muestral con afijación proporcional a los centros y a su posterior análisis estadístico teniendo en cuenta el tipo de muestra que se ha realizado.

6. Técnica de recogida de datos

La recogida de datos se ha realizado a través de un método extensivo, el cuestionario. En función de los objetivos planteados en la investigación y del diseño epidemiológico del estudio optamos por el cuestionario como instrumento de recogida de la información. Sus ventajas, dadas las características del estudio y las limitaciones logísticas y temporales, superan con creces sus limitaciones. Consiste en una serie de preguntas o ítems sobre del suceso de interés, del cual es objeto la investigación. Para ello el problema ha debido ser previamente delimitado y desglosado en sus aspectos fundamentales, los cuales se traducen posteriormente en preguntas. Esta técnica precisa una acertada delimitación del problema a estudiar y una correcta formulación de las preguntas. Desta-

can entre las ventajas que presenta el uso de cuestionario en las investigaciones, el poder estudiar una muestra elevada en relativamente poco tiempo; el poder ser enviado por correo o entregado tras una breve explicación colectiva a todo un grupo; mayor uniformidad en la intervención, ya que todas las personas son preguntadas por lo mismo y de la misma manera; suelen ser fáciles de cumplimentar, además de que pueda hacerse con tranquilidad, reflexionando la respuesta si es necesario; la naturaleza impersonal del mismo, lo que aumenta la libertad de respuesta y por tanto la sinceridad de la persona que cumplimenta el cuestionario, y por último el registro de los datos y su posterior análisis suele ser más simple que el de otras técnicas. Los inconvenientes pueden ser el error en la elaboración de las preguntas o en la selección de las personas, ya que se puede exigir unos determinados requisitos en los que van a contestar; la posible baja tasa de respuesta, sobre todo si son enviados por correo; así como, el número excesivo de preguntas o con poco interés para el cumplimentador, puede todo ello, conseguir que no se responda a todas las preguntas, lo que podría invalidar los resultados del estudio o parte del mismo. Construimos un cuestionario con un enfoque interdisciplinario para poder proceder a la recogida de la información, al no haberse encontrado en la bibliografía consultada un instrumento validado que mantuviese un enfoque holístico del problema. Tras su construcción se sometió al "decálogo" de Amanda de Mi-

⁹ Los datos de la Memoria del Servicio Andaluz de Salud arrojan unos porcentajes de primovacunación para la provincia de Huelva que oscilan entre el 92,6% del año 1995 y el 92,0% del año 1997 (ver apéndice V).

¹⁰ El tiempo medio de espera observado en el periodo de pilotaje fue de 15 minutos y el caso más desfavorable de 23, por lo que se adecua al intervalo de espera habitual de las madres.

¹¹ Amanda de Miguel recomienda como detector si el cuestionario está mal elaborado estando de esta forma el fracaso de la investigación. Para ello, propone diez claves a evaluar en el instrumento elaborado, considerándolo apto si obtiene tres puntos o menos en el test. En su obra "Manual del perfecto sociólogo". Editorial Espasa Calpe, S.A. Madrid, 1997.

guel¹¹ superándolo favorablemente. Seguidamente se procedió a consultar con expertos, y por último, con el fin de poder detectar preguntas confusas, ambiguas o incompletas en el mismo, se pilotó

con madres de similares características a las de la población destinataria, pero que no formasen parte de nuestra población de estudio. Por ello, dicho pre-test se realizó con treinta madres de hijos con edades

comprendidas entre los 0 y 15 meses inclusive, asistentes al programa de vacunas durante el mes de marzo. Dicho pre-test fue realizado del 15 al 31 de marzo de 2002¹².

Como variables independientes tenemos las descritas en el siguiente cuadro:

| Variable | Descripción | Tipo | Valores |
|-----------------------------|--|------------------------|--------------------------------|
| Sexo del niño | Atributos masculinos o femeninos | Cualitativa dicotómica | Varón o hembra |
| Semanas de gestación | Semanas de desarrollo al nacimiento | Cuantitativa continua | 20-42 semanas |
| Bajo peso al nacer | Menos de 2500 gramos al nacimiento | Cualitativa dicotómica | Si o No |
| Edad del niño | Edad en meses desde el nacimiento | Cuantitativa continua | 0-15 meses |
| Lugar entre hermanos | Lugar que ocupa entre hermanos | Cualitativa ordinal | 1°-10° |
| Miembros unidad familiar | Número miembros compone la familia | Cuantitativa discreta | 2-6 |
| Centro de salud | Centro de salud de pertenencia | Cualitativa | A, CM, M, O, R, T[1] |
| Número de habitaciones | Número habitaciones de la vivienda | Cuantitativa discreta | 1-6 |
| Minoría étnica | Pertenencia a alguna minoría étnica | Cualitativa dicotómica | Si o no |
| Grupo étnico | Indicación de etnia a la que pertenece | Cualitativa | AN, A, EE, G, IA, M, O[2] |
| Ingresos medios mensuales | Ingresos familiares medios mensuales | Cuantitativa continua | 0-1.000.000 de pesetas |
| Edad de la madre | Edad en años de la madre | Cuantitativa continua | 14-50 años |
| Lugar nacimiento de madre | Lugar de nacimiento de la madre | Cualitativa | HC, HF, OC, OP, PA[3] |
| Índice de masa corporal | Peso/Altura ² (Kg/m ²) (pondero obesidad) | Cuantitativa continua | De 18 a 40 |
| Estado civil | Situación derecho-obligaciones civiles | Cualitativa | C, S, PE, S, D[4] |
| Nivel estudios madre | Nivel máximo de estudios de la madre | Cualitativa ordinal | A, LE, P, S; CM, CS, D[5] |
| Nivel estudios padre | Nivel máximo de estudios del padre | Cualitativa ordinal | A, LE, P, S; CM, CS, D |
| Área conocimientos madre | Área de la disciplina que estudió | Cualitativa | H, CE, CS; ET, CS[6] |
| Área conocimientos padre | Área de la disciplina que estudió | Cualitativa | H, CE, CS; ET, CS |
| Situación laboral madre | Condición de la población activa | Cualitativa | P, T, PL, BE, BM, J[7] |
| Situación laboral del padre | Condición de la población activa | Cualitativa | P, T, PL, BE, BM, J |
| Ocupación de la madre | Tipo de actividad laboral | Cualitativa | A, O, OE, OT, E, AU, S, C [8] |
| Ocupación del padre | Tipo de actividad laboral | Cualitativa | A, O, OE, OT, E, AU, S, C |
| Tipo contrato madre | Clase de contrato | Cualitativa | FC, FP, TC, TP, O, P, SC[9] |
| Tipo contrato padre | Clase de contrato | Cualitativa | FC, FP, TC, TP, O, P, SC |
| Persona a su cargo | Minusvalía o enfermo a su cargo | Cualitativa dicotómica | Si o no |
| Clase social subjetiva | Percepción propia del status social | Cualitativa ordinal | A, MA, MM, MB, B[10] |
| Ideología política | Concepción personal de la política | Cualitativa | D, C, I, NS/NC[11] |
| Nivel de religiosidad | Forma de vivir la religión | Cualitativa | C, P, C, I, A, OR, NS/NC[12] |
| Recibir LM la madre | Haber recibido LM la madre | Cualitativa dicotómica | Si o no |
| Recibir LM el padre | Haber recibido LM la madre | Cualitativa dicotómica | Si o no |
| Tiempo LM recibida madre | Tiempo de lactancia recibida en meses | Cuantitativa continua | 0 a 36 meses |
| Tiempo LM recibida padre | Tiempo de lactancia recibida en meses | Cuantitativa continua | 0 a 36 meses |
| Edad madre al primer hijo | Edad de la madre al tener el 1° hijo | Cuantitativa continua | 14-45 |
| Abortos previos | Historia de abortos anteriores | Cualitativa dicotómica | Si o no |
| Educación maternal | Asistencia a E.M en cada embarazo | Cualitativa dicotómica | Si o no |
| Tipo de parto | Tipo de parto por cada embarazo | Cualitativa | Eutócico instrumental, cesáreo |
| Lactancia exclusiva (LE) | Duración LE con cada hijo | Cuantitativa continua | 0-36 meses |
| Lactancia mixta (LMx) | Duración LMx con cada hijo | Cuantitativa continua | 0-36 meses |
| Lactancia artificial (LA) | Duración LA con cada hijo | Cuantitativa continua | 0-36 meses |
| Tres ventajas LM | Saber tres ventajas de la LM | Cualitativa dicotómica | Si o no |
| Desabilidad del embarazo | Cómo de deseado era ese embarazo | Cualitativa | Dy, dn, nd[13] |
| Sexo deseado del hijo | Sexo deseado durante el embarazo | Cualitativa | Varón, hembra o "indiferente" |
| Coincidencia entre sexos | Entre sexo del hijo y el deseado | Cualitativa dicotómica | Si o no |
| Tabaco antes embarazo | Habita tabáquico antes del embarazo | Cualitativa dicotómica | Si o no |
| Tabaco durante embarazo | Habita tabáquico durante el embarazo | Cualitativa ordinal | Cesó, redujo, no cambió |
| Baja maternal | Disfrute de la baja maternal | Cualitativa dicotómica | Si o no |
| Hora de lactancia | Disponer de la hora de lactancia | Cualitativa dicotómica | Si o no |
| Uso hora de lactancia | Utilización de la hora de lactancia | Cualitativa dicotómica | Si o no |
| Baja maternal del marido | Disfrute de parte de la baja maternal | Cualitativa dicotómica | Si o no |

¹¹ Para aumentar la validez del pilotaje del cuestionario se distribuyó siguiendo las cuotas que la población adscrita a cada centro determina. De esta forma se realizaron diez pre-test en el Centro de Salud Adoraticas, seis para población del propio centro y cuatro de Adoraticas. En el Centro de Salud de Marina de la Vega se efectuaron siete, en La Orden cuatro, Los Rosales cinco y en El Torrijón cuatro.

| Variable | Descripción | Tipo | Valores |
|----------------------------|---|------------------------|--|
| Hospital de ingreso | Centro hospitalario en el que ingresó | Cualitativa | HURJ, HIE, HRT, CP, O [14] |
| Pareja en el parto | Presencia en el momento del parto | Cualitativa | Si fuera, si dentro, no. |
| Obsequios de fórmulas | Recibir obsequios leches maternizadas | Cualitativa dicotómica | Si o no |
| Momento de obsequio | Momento en que recibió el obsequio | Cualitativa | Antes, durante, tras el hospital |
| Cohabitación | Favorecer máximo juntos madre e hijo | Cualitativa dicotómica | Si o no |
| "Ayudas" | Rutina de ayudas en el hospital | Cualitativa dicotómica | Si o no |
| Idea previa tipo lactancia | Idea preconcebida sobre el tipo de alimentación que iba a recibir el hijo | Cualitativa dicotómica | Si o no |
| Cumplimiento idea inicial | Haber cumplido la idea preconcebida | Cualitativa dicotómica | Si o no |
| Influencia pareja en L.M. | Influencia pareja en tipo de lactancia | Cualitativa dicotómica | Si o no |
| Lactancia en su entorno | Prácticas del entorno en cuanto a L.M. | Cualitativa | A, F, AyF, NPNS/NC [15] |
| Profesional informante | Quién más ha informado sobre L.M. | Cualitativa | P, MF, Ma, E, AE, F, O [16] |
| Motivo de abandono | Motivo de abandono de la L.M. | Cualitativa | Alta, media, baja, NS/NC |
| Hábitos dietéticos | Importancia dada dieta equilibrada | Cualitativa | Diario, semanal, mensual |
| Ingesta de alcohol | Patrón de ingesta de alcohol | Cualitativa | Muy buena, buena, regular, malo y muy malo |
| Estado de salud percibido | Estado de salud subjetivo | Cualitativa | Si o no |
| Síntomas psicósomáticos | Síntomas orgánicos de origen psíquico | Cualitativa dicotómica | Si o no |
| Ansiedad | Aprensión sin estímulo aparente | Cualitativa dicotómica | Si o no |
| Depresión | Síndrome hundimiento emocional | Cualitativa dicotómica | Si o no |
| Dysfunción social | Menor capacidad de relación | Cualitativa dicotómica | Si o no |

[1] Iniciales correspondientes a los nombres de los centros de salud de la capital cubense, respectivamente: Adoratriceo, Casa del Mar, Molino de la Vega, La Orden, Los Rosales y El Torrejón.

[2] Corresponden respectivamente a las iniciales de las categorías: África negra, Asia, Europa del Este, Gitanos, Latinoamérica, Magreb y Otra.

[3] Iniciales en orden de: Huelva capital, provincia de Huelva, otro capital de este país, otra provincia, otro país.

[4] Iniciales de las categorías casada, soltera, pareja estable, separada, divorciada.

[5] Se corresponden con las categorías ordinarias: analfabeta/o, sabe leer y escribir, primaria, secundaria, carreras medias, carreras superiores, doctorado.

[6] Estas siglas se corresponden con las categorías establecidas por el Consejo de Universidades: Humanidades, Ciencias Experimentales, Ciencias Sociales y Jurídicas, Enseñanzas Técnicas y Ciencias de la Salud.

[7] Iniciales de las situaciones de paro, no trabajando, permiso laboral, baja por enfermedad, baja maternal, jubilado.

[8] Se corresponden con las categorías de actividad agrícola, obrero manual de industria y servicios sin especializar, obrero manual especializado de la industria y servicios, obrero no, vendedor, administrativo, funcionario, profesional, técnico, empresario con asalariados, alto directivo, autónomo, economía sumergida y ama de casa. Clasificación utilizada por A. De Miguel en "Manual del Perfecto sociólogo". Espasa Calpe, S.A. Madrid, 1997.

[9] Corresponden respectivamente a hijo a tiempo completo, hijo a tiempo parcial, temporal a tiempo parcial, por obras y servicios, en prácticas y sin contratos.

[10] División clásica del estatus social en cinco categorías: alta, media-alta, media-media, media-baja y baja.

[11] Básica división de la ideología política en derecha, centro e izquierdas y no sabe / no contesta.

[12] Ordenados por frecuencia esperada: católico practicante, católico poco o nada practicante, indiferente, ateo, creyente de otra religión, no sabe / no contesta.

[13] Se corresponden con las respuestas: deseado y buscado en ese momento, deseado pero no buscado en ese momento y no deseado.

[14] Las iniciales se corresponden con los centros más probables de ingreso: Hospital Juan Ramón Jiménez, Hospital Infancia Elena, Hospital de Riolito, así como la categoría clínica privada y otro.

[15] Amigos, familiares, amigos y familiares, no dan el pecho y no sabe / no contesta.

[16] Pediatra, médica de familia, matrona, enfermera, auxiliar de enfermería, familiares y otros.

6.1. Cuestionario

El cuestionario es anónimo y contiene un preámbulo explicativo, donde se expresa la confidencialidad de los datos aportados y su finalidad para ser utilizados en una investigación que redundará en beneficio de la salud poblacional. El cuestionario está compuesto por ochenta y seis preguntas, de carácter cerrado en su mayoría, realizándose únicamente preguntas

abiertas en aquellas variables en las que por su carácter central en el estudio era interesante profundizar. Consta a su vez de preguntas filtro, por lo que no es necesario siempre rellenarlo en su totalidad y de preguntas control que aumentan la fiabilidad del cuestionario. Para mayor comprensión se estructuró en cinco apartados, un primer bloque donde se preguntan datos físicos y sociales del niño, a través de cinco preguntas cerradas de elección

múltiple. En el segundo apartado se cuestionan datos sobre la *unidad familiar*. Mediante siete ítems se indaga sobre aspectos físicos, económicos, sociales y culturales de la familia. Con el tercer bloque se observa las variables de la madre y del padre en su dimensión biológica, social, cultural, ideológica y espiritual¹³, manteniendo el protagonismo la mujer. En la sección cuarta se efectúa una *historia maternal familiar*, esto es, mediante treinta y

¹³ Siguiendo la concepción sobre la persona del paradigma de la integración, no quisimos obviar la dimensión espiritual de los fenómenos humanos.

una preguntas se realiza una exhaustiva observación de aquellas variables pasadas y actuales, que de alguna manera han podido influir en la función cuidadora y amantadora de la madre. Contiene este apartado preguntas biológicas, psicológicas, sociales, y culturales; además se hacen preguntas actitudinales y comportamentales. La última pregunta de este bloque hace referencia al estado de salud percibido por la madre, dependiendo de la respuesta la participante debe seguir o no con la última sección, la *anamnesis psicológica*. Ésta carece de encabezado para evitar suspicacias ya que aún hoy, hay mujeres que miran con recelo todo lo psicológico, manteniendo en su memoria colectiva connotaciones negativas de la palabra. A la hora de profundizar en la dimensión psicológica del fenómeno y los posibles factores condicionantes, nos decantamos por un test existente y ampliamente utilizado, el GHQ (*General Health Questionnaire*) ideado por Goldberg en 1972. De éste existen múltiples versiones variables en el número de ítems, traducidas a varios idiomas y validadas, habiéndose impuesto la versión de 28, el denominado GHQ-28. El test traducido y validado por Lobo y cols. interroga en pocos minutos sobre la salud mental de la paciente sin sacrificar la validez y el poder discriminatorio de la versión original de 60 ítems. Es un test autoadministrado que valora, en sus cuatro subescalas, la presencia de síntomas psicósomáticos, ansiedad, depresión y disfunción social; con siete preguntas en cada una de ellas, o las que se puede responder con cuatro alternativas

progresivamente más morbosas, puntuando cualquiera de las dos peores. Una puntuación superior a 5/6 es considerado "caso probable" con una especificidad del 82% y una sensibilidad del 84,6%, habiendo sido demostrada su rentabilidad en Atención Primaria para fines epidemiológicos. Las ventajas del GHQ, determinantes en su elección, sobre escalas como la EADG (Escala de ansiedad y depresión), la de valoración psiquiátrica de la depresión de Hamilton, la de ansiedad de Taylor o la de depresión de Zuhng (todas ellas de aplicación en primaria) radica en su capacidad de dar una visión general de la salud mental de la persona, considerando aspectos que las demás obvian, manteniendo además un número similar de preguntas (incluso menos como en el caso de la escala de Taylor), no perder sensibilidad, ni especificidad y en las pocas exigencias en las condiciones de aplicación pudiendo ser implementada y valorada por la enfermera (*).

Bibliografía

1. Barriuso Lapresa I, Sánchez-Valverde Visus F, Romero Ibarra C, Victoria Comerzana JC. Pautas hospitalarias respecto a la lactancia materna en el centro-norte de España. *Anales Españoles de Pediatría* 2000; 52(3): 225-31.
2. Odrizola Aranzabal G, De la Torre Cerrudo C, Sánchez Prados F, Díaz Jiménez C, García Tortosa C, Vázquez Villegas. Lactancia materna en un medio rural. *Centro de Salud* 2000;8(6):364-7.
3. Matilla-Mont M, Ríos-Jiménez A. Enfermería y lactancia materna. *Enfermería Clínica* 1999;(3) 93-7.
4. American Academy of Pediatrics. Work Group on Breastfeeding. Breastfeeding and the use of human milk. *Pediatric* 1997; 100: 1035-42.
5. OMS/UNICEF. Proyecto Hospitales Amigos de los Niños. Declaración conjunta OMS/UNICEF. Comité Español. Madrid; 1990.
6. Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. El pensamiento enfermero. Barcelona: Masson; 1996.
7. Richart Martínez M, Cabrero García J, Tosal Herrero B, Romá Ferrer MT, Vizcaya Moreno MF. Búsqueda bibliográfica en enfermería y otras ciencias de la salud. Bases de datos en Internet. Salamanca: Publicaciones de la Universidad de Alicante; 2001.
8. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Memoria estadística de la Consejería de Salud 2000. Sevilla: Servicio de Información y Evaluación Sanitaria; 2001.
9. Duch Campodarbe FR. Psicometría de la ansiedad, la depresión y el alcoholismo en atención primaria. *Semergen* 1999;25(3):209-28.

*** Este trabajo fue presentado como Proyecto fin de Carrera para la obtención del grado de Licenciado en Enfermería por la Universidad de Hogeschool Zeeland de Holanda.**

Sexualidad EN SILENCIO. UNA EXPERIENCIA

INTRODUCCIÓN

La finalidad de este artículo es compartir mi experiencia con un grupo de gente de unas características especiales.

Desde hace varios años mi formación se ha encaminado hacia la docencia desde el área de especialización en Sexología y Terapia sexual y así, mediante ella he podido comprobar en el transcurso del ejercicio de mi profesión la magnitud de la aportación de la enfermería a la salud de todos desde la prevención.

Cuando hablo de personas con características especiales, no sólo me refiero a las características propias que comporta su deficiencia física (sordera) sino, en especial por la motivación, intereses y sed de conocimientos de un colectivo que en nuestra sociedad cuenta con ciertas limitaciones comenzando por las barreras de comunicación.

El difícil acceso a instituciones, organismos... merman la posibilidad de obtener información para satisfacer sus curiosidades, adquirir experiencias y seguir evolucionando para un desarrollo integral óptimo.

¿QUÉ ES LA EDUCACIÓN SEXUAL?

La educación sexual es la promoción de nuevas actitudes y formas de ver el hecho básico de ser sexuado con sus implicaciones y es aquí, en esta línea, donde oriento mi profesión con la idea de que LA SEXUALIDAD es algo

cultivable y construable. Es una dimensión básica que no hay que prohibirlo ni permitirlo sino admitirlo tal cual.

Son muchas las definiciones existentes y aportaciones de los distintos autores al ámbito de la sexualidad. Es por ello por lo que encontramos diferentes vertientes (biológica, sociocultural y psicológica) según aceptemos en mayor o menor medida uno u otro concepto de sexualidad. Para mí, e inclinándome hacia una vertiente psicológica y sociocultural, la sexualidad "es la expresión de amor y afectividad".

DIFICULTADES DE LA EXPERIENCIA

Aunque modernamente la sexualidad haya cambiado el signo de sus actitudes, estamos tradicionalmente acostumbrados a juzgarla y criticarla en vez de detenernos en explicar qué es, en que consiste, cuál es su dinámica, procesos... sin caer en la cuenta que podemos dejar descubiertas una de las grandes necesidades vitales, que según en la pirámide de Maslow ocupa un lugar importante en ser humano, como es la necesidad de Autoestima (además de su interrelación con otras como la de amor-afecto, autorealización... A la hora de educar en esta área de la personalidad, podemos encontrar con las siguientes dificultades:

- Las personas suelen vivir la sexualidad de una forma muy parcial y parcelada al no existir una formación o educación básica organizada, sistemática y coherente. Por lo que en determinadas ocasiones éstas pueden llegar a vivir ansiedades y angustias por no saber cómo unir todos los elementos dispares de información que reciben.



Al colectivo sordo, además, junto a la pérdida de información y a la escasez de medios y recursos para acceder a ella, se unen sus barreras de comunicación acentuándose estas consecuencias y arrastrando durante mucho tiempo errores por la falta de un planteamiento serio, profunda y coherente al plantear este tipo de formación.

- En otro sentido, otra dificultad que nos encontramos es la falta de un conocimiento profundo de esta disciplina al contar con aspectos psicológicos, morales, aspectos médicos o falta de enfoques globales en el que en ocasiones confunden más que aclaran tanto a la hora de educar tanto de tratar (agravándose aún más frente a grupos "especiales").

Después de varias conferencias: "Sexualidad y tercera edad", "Mujer y salud sexual", "Respuesta sexual humana... jornadas y talleres de educación sexual dirigidas especialmente para personas sordas, adaptadas y enfocadas hacia la cobertura de sus propias necesidades surgidas a lo largo de las posevaluaciones pueda contar con una gran satisfacción con los resultados obtenidos y con el entusiasmo se seguir trabajando en base a nuevos planteamientos y en línea de búsqueda o de acción sobre las que hoy podemos.

ISABEL GARRIDO V



EL SIDA EN EL HOSPITAL. UN CUESTIONARIO

Autora: M^o Angeles Merino

La irrupción del SIDA ha trastocado algunas de las asunciones éticas que se creía más sólidamente establecidas en nuestras sociedades; al menos en aquellas regidas por una cultura política democrática en donde la defensa de los derechos humanos y de las libertades públicas y las actitudes de tolerancia y respeto hacia los demás parecían garantizados. Las reacciones ante el SIDA ponen de manifiesto la debilidad de estos principios.

El SIDA se ha convertido en la última pandemia del siglo XX y los profesionales de la salud desempeñan un importante papel en esta epidemia, no sólo por la atención que podemos prestar a los personas afectadas, sino también por la trascendencia que la opinión y la actitud de estos profesionales tienen a la hora de dar información para reducir las conductas de riesgo y evitar cualquier tipo de marginación de personas seropositivas y de enfermos de SIDA.⁽¹⁾

Pero en realidad, ¿qué pensamos los enfermeros/as del paciente seropositivo?

Este cuestionario tiene como objeto hacernos reflexionar a los enfermeros/as sobre esta cuestión.

¡SEA COMPLETAMENTE SINCERO!

Prueba de actitudes

1. ¿Cuál piensa usted que es la causa de rechazo de la sociedad a los infectados?

- | | | |
|------------------------------------|---|--------------------------|
| No existe rechazo | 1 | <input type="checkbox"/> |
| Por miedo al contagio | 2 | <input type="checkbox"/> |
| Por falta de información | 3 | <input type="checkbox"/> |
| Por pertenecer a grupos marginales | 4 | <input type="checkbox"/> |
| NS/NC | 5 | <input type="checkbox"/> |

2. ¿Cree que existe apoyo familiar en los infectados por el VIH?

- | | | |
|-----------------|---|--------------------------|
| Mucho | 1 | <input type="checkbox"/> |
| Igual que otros | 2 | <input type="checkbox"/> |
| Poco | 3 | <input type="checkbox"/> |
| NS/NC | 4 | <input type="checkbox"/> |

3. ¿En qué situación piensa usted que se encuentra actualmente la infección?

- | | | |
|------------------|---|--------------------------|
| Dramática | 1 | <input type="checkbox"/> |
| Preocupante | 2 | <input type="checkbox"/> |
| Poco preocupante | 3 | <input type="checkbox"/> |
| Nada preocupante | 4 | <input type="checkbox"/> |
| NS/NC | 5 | <input type="checkbox"/> |

4. ¿Supone un mayor estrés atender a pacientes seropositivos?

- | | | |
|--|---|--------------------------|
| Si, mucho más que el resto de enfermos | 1 | <input type="checkbox"/> |
| Si, cuando se trata de toxicómanos | 2 | <input type="checkbox"/> |
| No | 3 | <input type="checkbox"/> |
| NS/NC | 4 | <input type="checkbox"/> |

5. ¿Si la planta o servicio donde trabaja fuera convertido y destinado al ingreso y tratamiento de pacientes VIH+ ó SIDA, ¿qué haría usted?

- | | VIH+ | SIDA |
|---|------|--------------------------|
| No me importaría, no haría nada | 1 | <input type="checkbox"/> |
| Haría todo lo posible por cambiar de planta | 2 | <input type="checkbox"/> |
| No me gustaría, pero tampoco haría nada por cambiar de planta | 3 | <input type="checkbox"/> |
| NS/NC | 4 | <input type="checkbox"/> |

6. ¿Considera usted que todo profesional sanitario que trabaja con enfermos de SIDA ó VIH+ debe estar especializado para ello?

- | | VIH+ | SIDA |
|-------|------|--------------------------|
| Si | 1 | <input type="checkbox"/> |
| No | 2 | <input type="checkbox"/> |
| NS/NC | 3 | <input type="checkbox"/> |

7. ¿Quién piensa usted que es el responsable de la enfermedad en pacientes ADVP (Adictos a Drogas por Vía Parenteral) u homosexuales?

- | | | |
|--------------------------------------|---|--------------------------|
| De ellos exclusivamente | 1 | <input type="checkbox"/> |
| En parte de ellos y por otras causas | 2 | <input type="checkbox"/> |
| No es responsabilidad suya | 3 | <input type="checkbox"/> |
| NS/NC | 4 | <input type="checkbox"/> |

8. ¿Una mayor información sobre la patología supone una mayor aceptación del enfermo?

- | | | |
|---------------------|---|--------------------------|
| Si | 1 | <input type="checkbox"/> |
| No | 2 | <input type="checkbox"/> |
| En algunos aspectos | 3 | <input type="checkbox"/> |
| NS/NC | 4 | <input type="checkbox"/> |

9. ¿Pensa que el personal que atiende a pacientes VIH+/SIDA debe rotar?

- | | | |
|-------|---|--------------------------|
| Si | 1 | <input type="checkbox"/> |
| No | 2 | <input type="checkbox"/> |
| NS/NC | 3 | <input type="checkbox"/> |

10. ¿Pensa que las unidades VIH+ deben contar con más personal?

- | | | |
|--|---|--------------------------|
| Si, como otras unidades de más estrés | 1 | <input type="checkbox"/> |
| Si, como otras unidades con más carga de trabajo | 2 | <input type="checkbox"/> |
| Si, por las dos razones anteriores | 3 | <input type="checkbox"/> |
| No | 4 | <input type="checkbox"/> |
| NS/NC | 5 | <input type="checkbox"/> |

11. ¿Se debe realizar obligatoriamente una serología a todos los sujetos de riesgo?

- | | | |
|---|---|--------------------------|
| Siempre | 1 | <input type="checkbox"/> |
| Siempre, pero con aceptación del sujeto | 2 | <input type="checkbox"/> |
| Nunca | 3 | <input type="checkbox"/> |
| NS/NC | 4 | <input type="checkbox"/> |

12. ¿Pensa que en un hospital general se es debe asignar las camas a los pacientes con VIH+/SIDA?

- | | | | | |
|--|---|--------------------------|---|--------------------------|
| Con los mismos criterios que a los demás pacientes | 1 | <input type="checkbox"/> | 1 | <input type="checkbox"/> |
| Separados del resto de los pacientes | 2 | <input type="checkbox"/> | 2 | <input type="checkbox"/> |
| NS/NC | 3 | <input type="checkbox"/> | 3 | <input type="checkbox"/> |

13. ¿Pensa que sería capaz de efectuar conductas o manifestaciones que conllevaran contacto físico con un paciente VIH+/o enfermo de SIDA (cogerle la mano, besarle la cara, acariciarle, etc.)?

- | | VIH+ | SIDA |
|-------|------|--------------------------|
| Si | 1 | <input type="checkbox"/> |
| No | 2 | <input type="checkbox"/> |
| NS/NC | 4 | <input type="checkbox"/> |

14. ¿Pensa que se escabulliría o delegaría ciertas funciones si tuviera que atender a enfermos con VIH+/SIDA?

- | | VIH+ | SIDA |
|-------|------|--------------------------|
| Si | 1 | <input type="checkbox"/> |
| No | 2 | <input type="checkbox"/> |
| NS/NC | 3 | <input type="checkbox"/> |

15. ¿Se deberían realizar con guantes todas las técnicas de enfermería al paciente VIH+/SIDA?

- | | VIH+ | SIDA |
|-------|------|--------------------------|
| Si | 1 | <input type="checkbox"/> |
| No | 2 | <input type="checkbox"/> |
| NS/NC | 3 | <input type="checkbox"/> |

16. Considera que, en general y por múltiples motivos, sus cuidados de Enfermería en un paciente VIH+/SIDA son CUANTITATIVA y CUALITATIVAMENTE:

- Mayores y mejores cuidados en los pacientes con VIH+/SIDA que en los otros pacientes 1
- Mayores y mejores cuidados en los pacientes VIH+ que en los pacientes con SIDA 2
- Los cuidados son iguales que los prestados a otros pacientes 3
- Menores y peores cuidados a los pacientes con VIH+ que en los otros pacientes 4
- NS/NC 5

17. ¿Qué siente ante un paciente con VIH+/SIDA? (puede señalar varias respuestas)

- | | VIH+ | SIDA |
|----------------------------------|----------------------------|----------------------------|
| Simpatía | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 1 |
| Miedo al posible contagio | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 2 |
| Peña, lástima, compasión | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 3 |
| Impotencia | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 4 |
| Incomodidad | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 5 |
| Otros sentimientos (especificar) | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 6 |
| NS/NC | <input type="checkbox"/> 7 | <input type="checkbox"/> 7 |

18. ¿Cree que las medidas preventivas que suele seguir el personal de Enfermería (Diplomados y Auxiliares) para evitar contagios en la atención y/o cuidados con los pacientes VIH+/SIDA son...?

- | | VIH+ | SIDA |
|---------------|----------------------------|----------------------------|
| Excesivas | <input type="checkbox"/> 1 | <input type="checkbox"/> 1 |
| Insuficientes | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 2 |
| NS/NC | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 3 |

19. ¿Piensa usted que su comportamiento y trato con los enfermos es independiente de la enfermedad que padezcan?

- Si 1
- No 2
- En caso de VIH+ no 3
- En caso de VIH+ sí 4
- En caso de SIDA no 5
- En casos de SIDA sí 6
- NS/NC 7

20. ¿Cree que el SIDA debería ser considerado una enfermedad profesional en caso de contagio, por el ejercicio de su función, al personal sanitario?

- Si 1
- No 2
- NS/NC 3

21. ¿Piensa que el personal sanitario que trabaja con pacientes con VIH+/SIDA, debería recibir un plus económico especial por peligrosidad?

- Si 1
- No 2
- NS/NC 3

22. ¿Cree que un profesional sanitario debe informar explícitamente a su familia cercana de que trabaja con pacientes con VIH+/SIDA?

- Si 1
- No 2
- NS/NC 3

23. ¿Piensa que tiene o tendría conflictos con su familia cercana por trabajar con pacientes con VIH+/SIDA?

- Si 1
- No 2
- NS/NC 3

24. Si algún familiar muy cercano a usted fuera VIH+, ¿le molestaría que, aparte del personal sanitario que le atiende, su seropositividad fuera conocida por otras personas de su entorno (amigos, compañeros de trabajo, vecinos, conocidos...)?

- Si 1
- No 2
- NS/NC 3

La gran cantidad de factores que inciden en las actitudes en torno al SIDA provocan muchas relaciones recurrentes, es decir, de ida y vuelta a lo largo de este recorrido por nuestras sensaciones ante el SIDA.

Esta cuestión intrínseca de la propia temática hace que resulte muy difícil establecer una valoración científica y exacta de este cuestionario en relación a las puntuaciones obtenidas.

Sin embargo, sí nos permite reflexionar y plantearnos nuestra posición ante la enfermedad.

No obstante, el cuestionario forma parte de un estudio de investigación realizado en el año 2002, denominada "Actitudes y Conocimientos del personal de Enfermería (Diplomados y Auxiliares) del H.J.R.J. de Huelva, respecto del paciente VIH+/SIDA". Por lo que quisiéramos señalar algunas de las conclusiones y retos pendientes, resultantes de dicho trabajo de investigación.

- Sería deseable que estos profesionales pudieran disponer de apoyo en sus servicios respectivas (por ejemplo, un psicólogo podría ayudar a sobrellevar ciertas situaciones, tanto a los afectados como a los profesionales que los cuidan).
- La información en relación al VIH/SIDA, debería integrarse en los planes docentes (grado y postgrado), sometiendo estos contenidos a revisiones continuadas, dados los implicaciones cambiantes que caracterizan la infección.
- Sería fundamental que el servicio de Medicina Preventiva revise los conocimientos del colectivo de enfermería en torno a las precauciones universales y favorezca su aplicación.
- También deberían revisarse los conocimientos y habilidades de estos profesionales en técnicas de relación de ayuda como comunicación, consejo, etc. y, si existieran deficiencias, tratar de reforzar sus conocimientos en las mismas.
- Podrían plantearse soluciones alternativas al estrés que el paciente con VIH+/SIDA provoca en estos profesionales. Una forma sería darles la oportunidad de rotar a otras áreas de salud, tras períodos de actividad con afectados por la enfermedad.

Bibliografía

1. Fajal y Puyané C., Martínez Lozano J. Valoración de las actitudes y los conocimientos del personal de enfermería (diplomados y auxiliares) sobre el SIDA. *Enfermería Clínica* 1994; 4(1): 34-39.
2. Tomás Sábado, J. Actitud de enfermería ante el SIDA. Construcción de una escala de Likert. *Enfermería Clínica* 1999; 9(6): 233-237.
3. Gala Leon F.J., Díaz Rodríguez M., Martínez Nieva J.M., Barba Chacón A., Lupiani Jiménez M., Foublete Herrera M.C. Actitudes ante el SIDA. Un cuestionario para profesionales sanitarios. *Revista de Enfermería* 1995; nº 199: 23-28.
4. Urcía Díaz F.J., Sancho Macías M.V., Nespral Gozteluenendi C., Zabala Blanco J. El SIDA: conocimientos y actitudes de los alumnos de Enfermería. *Enfermería Científica* 1992; nº 126: 4-9.
5. Rovira Veciana M.D., Uruz-Sala E., Rodríguez Suárez C., Vila Corcalas A. Comportamiento y actitud de los profesionales de enfermería hospitalaria ante los pacientes VIH+. *Pub. of SEISIDA* 1994; 5 (9): 513-517.

Practicantes: 1942-2002

Por: Rafael Alfaro Ros

Dedicatoria.

A Manuel Velázquez García y Agustín Belda Guillén que cruzaron la "orilla" dejándonos sumidos en la tristeza y el dolor. Dios premie su vocación en la lucha contra la enfermedad, el dolor y la muerte.



A los queridos compañeros y amigos, un fuerte abrazo. No es normal que una carta empiece así, pero cuando se trata de una amistad profunda, mantenida a través de sesenta y pico de años, qué menos darnos un abrazo como si físicamente pudiéramos encontrarnos en estos momentos.

¿Qué lejos y qué cerca en la memoria nos llamamos de aquel 1942!, cuando, realizadas nuestras prácticas en el querido y venerable Hospital de la Merced, llenos de ilusiones y proyectos en nuestras mentes tomábamos el tren hacia Sevilla y Cádiz, para finalizar en la Facultad de Medicina nuestros estudios académicos, cuadrícula topográfico de Fourquet, capelina de Hipócrates, espiga de inglés, signos precursores del parto, conocimientos del material quirúrgico, etc etc...

¿Qué lejos y qué cerca en el recuerdo!, aquellos nuestros Maestros, el más brillante y querido D. Félix Sanz de Frutos, D. José Díaz Sánchez (Director Facultativo), D. Rafael Suárez y Suárez, D. Luis Manzano Briones, D. Tomás González Salceda, D. Carlos Nuñez Moreno y el prestigioso D. Luis Carrascal Salamanca (Jefe de Medicina Interna), y aquellas guardias con D. Diego Pérez Peral, D. Luis de la Viña y Gil de Albornoz, D. Ramon Garcés Álvarez y más tarde la siguiente generación de postguerra, D. Eduardo Alonso Martínez, D. Enrique Martín Marcos, D. Manuel Vázquez de la Sierra y D. Manuel Vázquez Carrasco.

¿Qué lejos y qué cerca!, aquel cuerpo de Practicantes: D. Antonio García de Casasola, inolvidable Casasola, que casualmente había sido alumno de Doña Luisa Ros, mi madre, cómo no recordar a D. José Vacas Gil, Practicante Mayor, D. Victoriano Peña Minero, seco en su carácter como extremeño y bueno de corazón, D. Joaquín Barroso Castaño, D. Alfredo Serrano Gil, D. Manuel San Miguel Morales, D. José M. Garrido y D. Antonio Hernández, de todos ellos recibimos en aquel hospital nuestras primeras enseñanzas en Medicina y Cirugía menor, con

ellos posteriormente, compartida largos años de vida profesional, gracias por cuanto nos enseñasteis y por el ejemplo de llevar vuestra vocación, con tanta emulación, que el buen Dios os haya concedido el lugar que corresponde "a los hombres de buena voluntad".

Aunque aun podemos gozarnos con la presencia y profunda amistad de los ya casi nonagenarios D. José García Moreno y D. José García Castilla, que apoyados en sendos bastones nos cruzamos cada día en la calle Concepción. ¡Gaudemur igitur!

¿Qué lejos y qué cerca en el recuerdo!, Sor Vicenta, Sor Aquilina, Sor Fausta, Sor Celarina, Sor Asunción, sus pámulos dos rosas rojas en el servicio de los enfermos se hicieron rosas de té y Sor Teresa, de donde Dios mio sanaría esta mujer, voluntad y fuerzas para empalmar día y noche y que siempre el quirófano estuviera a punto para intervenir; Sor Concepción Guerra, Salas 10 y 11 Cirugía de Mujeres, que murió víctima de la epidemia de tífus exantemático (1940).

¿Qué lejos y qué cerca! Doña María y Ascension, su hija, profesora en partos, largas noches de partos, y aquella campana que nos hacía bajar a su llamada, más volando que corriendo, desde la Sala 12 extramuros el cuerpo principal del hospital, dos campanazos y un fuerte y estrepitoso repique nos reclamaban al servicio de urgencias. Un ingreso, un parto a punto de "reventar", Dominguito, vete corriendo, avisa a Doña María, y Dominguito volaba, y de paso si podía "robaba" algún perro callejero que nos era necesario para realizar determinadas prácticas laríngeo-esofágicas, hasta que un día el dueño de un afortunado can "paró los pies a Dominguito".

¿Qué lejos y qué cerca!, Aquellas Salas 12, 13, 14, 15, 16, 17, extramuros del noble edificio, la 12 dedicada a Medicina General de Mujeres y más tarde a prostitutas en tratamiento, infecciosos y T.B.P. (tuberculosis) las demás; noches de agua y de frío por patios y escaleras, y al subir a la 17 la presencia del amplio ventanal, que nos mostraba el depósito de cadáveres, que nos producía lógico malestar y evitábamos la visión el mismo; recuerdo una noche la "la-

ces hipocrática", en el rostro de D. Diego Durán "DIDACUM", que colaboraba en la prensa de aquellos años, hombre culto y de exquisita educación, que venido a menos vivió acogido a la beneficencia del Hospital, la noche aquella, cuanta soledad a su alrededor, ¿vendrá Jesús Conde? Para vosotros se hizo la luz, saliendo de la "noche oscura" que dijo San Juan de la Cruz. ¿Qué lejos ya cuando, con 15 años, entrábamos en la cámara frigorífica para extraer una barra de hielo y, a la luz de las estrellas del pabellero mercedario, hacer trocitos con un mazo de madera y llenar las bolsas retiradas previamente a los enfermos que tuvieran esta indicación médica por abdomen agudo, sospecha de apendicitis aguda o peritonitis; hielo cada tres horas... Aun faltaban años para cambiar la prescripción por la de "pencilina cada tres horas".

Para una neumonía no había más tratamiento que un jarabillo de poligala y papeillos de "aspirina, fenacetina y pirimidón a a 30 ctgs" varias veces al día; si subía la temperatura, pirimidón a mayor dosis... bolsas de agua caliente, fomentos de timol o de agua yodada para las osteomielitis, flemones difusos, intervenciones o gangrenas; soluciones de tanino y nitrato de plata, lanolina y aceite de bacalao al 50% eran nuestras "armas" para las quemaduras de gran extensión. Sin olvidar el ácido picrico conocido como "agua amarilla"... ¿Ay el día en que explotó el polvorín de Niebla, cuanta agua amarilla trajo los cuerpos de tantas criaturas! "El arte de curar -se dice-, está íntimamente ligado a la calidad de los remedios" Modestamente creo que había, entonces, algo más que el "arte de su aplicación", porque, de qué calidad en los remedios disponían nuestras inolvidables maestras?

En fin, qué cerca y qué lejos queda todo... lejos en el tiempo pero muy cerca de los sentimientos que nos unen a quienes escogimos esta noble vocación. Sentimientos profundos de noble superación, compañerismo, solidaridad y entrañable amistad, amor profundo que mantenemos latente a nuestra vocación, a quienes en la "orilla" de los ochenta años esperamos la llamada del buen Padre.



CONVOCA

XI 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 2004. 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, encuadernadas y empaquetadas.

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.

5. PARTICIPANTES:

Podrán concurrir todos los profesionales de Enfermería, que se encuentren colegiados en Huelva y al 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



Serenidad en la Marisma

Rosa Chaguaceda Garrido "Enfermera"

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 2005.

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, 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 en 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

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
y pide sin miedo tu Tarjeta Virtual.



CAJA RURAL
DEL SUR