

1. Organización Mundial de la Salud. Salud 21. Salud para todos en el siglo XXI. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1999.
2. Rosen G. A history of Public health. Baltimore/London: The Johns Hopkins University Press; 1993
3. Ballester F, Tenias JM, Felipe N. La contaminación atmosférica y sus riesgos. En: Sánchez A; Enfermería Comunitaria 1. Concepto de salud y factores que la condicionan. Madrid: McGraw-Hill; 2000. p. 169-182.
4. Greenpeace. Incineración y salud. Conocimientos actuales sobre los impactos de las incineradoras en la salud humana; 2001 [fecha acceso Junio 2002] URL disponible en: <http://www.greenpeace.es>
5. Al-Neaimi YI, Gomes J, Lloyd OL. Respiratory illnesses and ventilatory function among workers at a cement factory in a rapidly developing country. Occup Med (Lond) 2001; 51(6): 367-73.
6. Abou-Taleb A, Musaiger A, Abdelmoneim R (1995). Health status of cement workers in the United Arab Emirates. JR Soc Health, 115, 378-81.
7. Hernández SI, Santos C, Becker JP, Macías C, López M. Prevalencia de la pérdida auditiva y factores correlacionados en una industria cementera. Salud Pública de México (Mex) 2000; 42, 2: 106-111.
8. US Environmental Protection Agency. Regulatory Determination on cement kiln dust, 40 CFR Part 261, Federal Register:1995.
9. Unos 75 ecologistas protestan contra la quema de harinas en Alicante. Panorama-actual, 12-02; Sociedad
10. Solé R, Cruz MT. Percepción de riesgos ambientales: estudio cualitativo realizado en la zona de vertido tóxico de Aznalcázar, Gac Sanit 2000; 14 (3): 226-232.
11. Severtson DJ, Baumann LC, Will JA. A participatory assesment of environmental health concerns in an Ojibwa community. Public Health Nurs 2002, 19(1): 47-58.
12. Dunlap RE, Gallup GH, Gallup AM. Health of the planet: results of a 1992 international environmental opinion survey of citizens in 24 nations. Princeton: The George H. Gallup International 1992.

**Lima Rodríguez, J., Cobo Castillo C., Lima Serrano M., Casado Mejía R.: Educación Grupal en Enfermería**

**Introducción**

En los momentos actuales, la educación para la salud (EpS) se considera un instrumento fundamental para dotar a las personas de los conocimientos y habilidades necesarias, al objeto de que sepan y puedan cuidarse a sí mismas y a los que le rodean, adoptando estilos de vida saludables. Cuando la educación para la salud se imparte de forma grupal, se convierte, además, en elemento dinamizador de las relaciones de autoayuda entre personas que comparten los mismos problemas de salud.

La educación para la salud se orienta a modificar aquellos comportamientos personales que resultan inadecuados para la salud. Cuando hablamos de comportamientos nos referimos a estilos de vida, impregnados de fuertes sistemas de creencias y valores, que conforman actitudes, en función de las cuales el sujeto actúa.

En estos sistemas intervienen: el componente cognitivo (los conocimientos), que se refiere a todo lo que se sabe acerca del objeto de la actitud, es decir, a la información, sea o no ajustada a la realidad que se tiene respecto a dicho objeto; el componente afectivo, que incluye todas aquellas emociones o estados afectivos que genera el objeto de la actitud y pueden tener una valencia positiva (emociones agradables) o negativa (emociones desagradables) y; el componente conductual, que traduce en conductas, es decir, en acciones concretas y objetivas, los componentes anteriores. Por tanto, un primer requisito de la EpS es que debe incidir sobre los tres componentes básicos implicados en el proceso de enseñanza-aprendizaje, interviniendo sobre los conocimientos, las emociones y las actitudes.

En ocasiones, nos encontramos con situaciones en las que no existe una relación mecánica entre los componentes cognitivos y afectivos y las conductas, pudiendo éstas no parecer congruentes o coincidentes. Entonces, la explicación habrá que buscarla en la existencia de otros componentes que modulan la conducta individual, como puede ser la existencia de una enfermedad que vulnera la capacidad de la persona para controlar su conducta, o la presencia de determinados condicionantes socioculturales.

Por otra parte, el aprendizaje humano se realiza tanto de manera formal, a través de instituciones como la familia, la escuela, la universidad, o el sistema sanitario, en las que la dirección del proceso recae en el docente: padres, maestros, profesores, profesionales; o informalmente a través, también de las familias (que constituiría un sistema mixto de aprendizaje), medios de comunicación, grupos de iguales (hermanos, amigos o compañeros), donde la dirección del proceso recae fundamentalmente en el discente. En el primer caso, el proceso priman los aspectos cognitivos ofreciendo información y aportando conocimientos a través de lecciones, clases magistrales, conferencias, o material bibliográfico, centrados en la enseñanza; en el segundo caso, la observación de la experiencia de otros, capaz de generar emociones o la imitación de conductas juegan un papel fundamental como elementos para el aprendizaje.

**Justificación**

Las enfermeras de familia que trabajan a nivel de Atención Primaria de Salud (APS), orientan, en gran medida, su trabajo a conseguir que las personas a su cargo, modifiquen o desarrollen conductas relacionadas con su estado de salud, al objeto de mejorarlo, resolver algunos problemas o evitar enfermedades o accidentes. Los problemas de salud de mayor incidencia a este nivel, en nuestro entorno, incluyen procesos crónicos, como la diabetes, la hipertensión arterial, la obesidad, o accidentes de tráfico, laborales o domésticos, en los que los hábitos y costumbres de la persona se traducen en conductas que pueden ser adecuadas o inadecuadas para su salud.

Tradicionalmente se ha trabajado utilizando la educación para la salud para mejorar estas conductas, poniendo el acento fundamentalmente en dos cuestiones:

- Impartirla de forma individual, bien en consulta de enfermería o en el domicilio, centrada en los programas de salud y orientada al seguimiento y control de pacientes con: enfermedades crónicas, planificación familiar, educación maternal. Además, en ocasiones se realizan charlas, coloquios, conferencias, etc. en colegios, institutos o asociaciones.
- Abordar fundamentalmente el aspecto cognitivo, a través de una oferta de conocimientos teóricos-prácticos.

LIBRO DE PONENCIAS. VIII Encuentro de Investigación en Enfermería.  
17-20 de Noviembre de 2004

Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investen-isciii).  
Subdirección General de Investigación Sanitaria. Instituto de salud Carlos III. [www.isciii.es/investen](http://www.isciii.es/investen)

Entre otras consecuencias, utilizar de este modo la EpS dificulta intervenir sobre los componentes emocionales y actitudinales, que como ya se ha visto, resultan claves en cualquier proceso educativo que pretenda intervenir sobre las conductas humanas, a la vez que limita, por su orientación individual, acceder a un número importante de individuos. Actualmente la Consejería de salud de la Junta de Andalucía, a través del Servicio Andaluz de Salud, incluye entre los objetivos asistenciales de las enfermeras de atención primaria, el desarrollo de intervenciones educativas grupales. En esta línea, los gestores sanitarios están poniendo el énfasis en el desarrollo de talleres de educación para la salud, dirigidos principalmente a personas con problemas de salud crónicos (Diabetes, Hipertensión arterial, Asma y EPOC) y a sus cuidadores familiares, en el caso en que estén incapacitados.

#### Objetivos

Desde esta perspectiva, realizamos un estudio sobre la EpS impartida por las enfermeras de APS, con los siguientes objetivos:

1. Conocer la educación grupal que se ha venido desarrollando en los centros de salud de Sevilla y su provincia, durante el año 2003.
2. Analizar la metodología seguida por los enfermeros en el desarrollo de la misma.
3. Identificar los problemas que tienen los enfermeros para llevar a cabo este tipo de educación para la salud.
4. Conocer la opinión de los profesionales.

#### Metodología

- ✓ Hemos desarrollado un estudio descriptivo, longitudinal, retrospectivo, durante el primer trimestre de 2004, en el que se analiza la educación grupal realizada por los enfermeros de 17 centros de salud de la provincia de Sevilla, durante el año anterior. Se recogieron 106 cuestionarios.
- ✓ Recogida de datos mediante cuestionario y mediante entrevista, a enfermeros. Las variables estudiadas han sido: realización de EpS grupal, conocimiento previo de las necesidades educativas, temas abordados y metodología docente.
- ✓ Se realizó el análisis cuantitativo de los datos recogidos mediante encuestas a través del paquete estadístico SPSS, obteniendo las medidas de frecuencias y los estadísticos elementales. Asimismo se procedió a la tabulación de las preguntas abiertas.

#### Resultados

- Del total de enfermeras encuestadas, el 36% ha realizado EpS grupal (gráfico I). De entre estas últimas éstas, el 72% son mujeres y el 28% hombres y tienen una edad media de 40.35 años, con una desviación típica de 7, 5. Del total de los profesionales el 69% son enfermeras de familia, el 10% enfermeras comunitarias de enlace y el 21% matronas.
- Cuando plantean las sesiones de EpS, un 93% conocía las necesidades de salud de la población a la que iba dirigida, mientras que el 7% las desconocía (gráfico II).
- Los temas abordados (gráfico III) hacen referencias a problemas crónicos entre los que destacan diabetes (7%), HTA (2%) EPOC (2%); Aspectos relacionados con alimentación (3%), sueño (1%), sexualidad (2%), Otros aspectos relacionados con la promoción de la salud: Educación Maternal (8%), salud escolar (1%), accidentes domésticos (1%), vacunaciones (3%), relajación (3%). Otro grupo importante configuran los talleres dedicados a cuidadores (4%).
- En cuanto a la metodología:
  - Un 79% de las enfermeras establecían objetivos previos a las sesiones.
  - Los contenidos trabajados se orientaron hacia (gráfico IV):
    - Conocimientos: 86%
    - Emociones: 76%
    - Actitudes: fueron trabajadas en un 76%
  - Los asistentes a los talleres realizaron exposiciones teóricas en un 41% de los casos y, realizaron algún trabajo práctico un 62% de los asistentes a estas sesiones.
  - El tiempo medio dedicado a cada sesión fue de 47 minutos, con una desviación típica de 22.5.
  - El 73% de las enfermeras afirman haber evaluado las sesiones (gráfico V).

#### Discusión

A pesar de la pertinencia y utilidad de la EpS grupal para trabajar la modificación de estilos de vida insanos dentro de la población y del impulso que se está haciendo de la misma por parte de la Administración andaluza, que prima la realización de dichas intervenciones, ésta no es todavía una práctica habitual y mayoritaria para las enfermeras comunitarias sevillanas, ya que tan sólo la ha realizado a lo largo del año 2.003 un 36% de las enfermeras encuestadas.

Aunque es porcentaje aún es bajo, pensamos que las enfermeras que la realizan, lo hacen adecuadamente, ya que: parten de las necesidades de los usuarios para planificar el proceso de enseñanza-aprendizaje y utilizan una metodología docente apropiada al contar con la participación de los usuarios, trabajar conocimientos, emociones y actitudes y evaluar el proceso.

También habría que destacar que la EpS grupal impartida, está en concordancia con las necesidades de salud de la población que atienden y con los objetivos del Servicio Andaluz de Salud, tal como se puede deducir de los temas que se abordan: crónicos, educación maternal, salud escolar, destacando que parte de las intervenciones se están dirigiendo a los cuidadores, grupo de población prioritario en nuestro sistema sanitario, y la orientación hacia la promoción de la salud.

El trabajo educativo con grupos resulta idóneo para favorecer el cambio de conducta al permitir que los miembros del grupo: a) adquieran un sentimiento de igualdad con otros y de generalización de su situación, evitando que se aislen socialmente; b) compartan experiencias y vivencias con otros; c) aumenten su fortaleza para hacer frente a sus problemas, ya sea como individuos o como grupo; d) sean capaces de buscar alternativas conjuntas, y e) reciban apoyo y refuerzo emocional, que les mueva a adquirir hábitos saludables. En este sentido el papel del profesional consistirá fundamentalmente en animar, catalizar o facilitar la dinámica del grupo, intentando crear y favorecer un clima satisfactorio para que cada miembro desarrolle sus potencialidades y aporte voluntariamente su esfuerzo cooperativo para conseguir los objetivos de desarrollo del grupo.

#### Bibliografía

LIBRO DE PONENCIAS. VIII Encuentro de Investigación en Enfermería.  
17-20 de Noviembre de 2004

Unidad de coordinación y desarrollo de la Investigación en Enfermería (Investen-isciii).  
Subdirección General de Investigación Sanitaria. Instituto de salud Carlos III. [www.isciii.es/investen](http://www.isciii.es/investen)

- Darías Curvo S. Educación para la Salud. Evolución histórica y conceptos básicos en Ramos E. *Enfermería Comunitaria. Métodos y Técnicas*. Enfermería Siglo XXI. Difusión Avances Enfermería. Madrid. 2002.
- Hernández Padilla M. Modificación de comportamientos en salud en Frías A. *Salud Pública y Educación para la Salud*. Masson. Barcelona. 2000.
- Manual de Educación Sanitaria. Doyma. Barcelona. 1989.
- Piédrola Gil et al. *Medicina Preventiva y Salud Pública*. Masson. Barcelona. 2001.
- Rochón A. Educación para la Salud. Guía práctica para realizar un proyecto. Colección de Planificación Sanitaria y Gestión Sanitaria. Masson. Barcelona. 1992.
- Sánchez Moreno et al. Paradigmas y modelos en Educación para la Salud en Mazarrasa. *Enfermería Profesional Biblioteca, Salud pública y Enfermería Comunitaria*. Mc Graw Hill- Interamericana. Madrid. 2002.
- Serrano González I. La Educación para la Salud del siglo XXI. Díaz de Santos. Madrid. 1997.
- Serrano González I. La Educación para la Salud y Participación Comunitaria. Díaz de Santos. 1989.

**Gènova Maleras, R., Morant Ginestar, C.; Álvarez Martín, E.: Contribución de la evolución de las causas de muerte a los cambios en la esperanza de vida de la población española 1990-1995-2000**

**Introducción**

La esperanza de vida ( $e(x)$ ), y más concretamente la esperanza de vida al nacer ( $e(0)$ ) es el indicador sintético que mejor refleja, en una sola cifra, el nivel de mortalidad de una población. Es el resultado más conocido –aunque no el único– de una potente herramienta de análisis, la llamada tabla de mortalidad o tabla de vida. La  $e(0)$  es fácilmente inteligible incluso por los no especialistas, y permite, a diferencia de las tasas brutas, las comparaciones directas (entre poblaciones, a lo largo del tiempo, entre mujeres y hombres) puesto que contiene en sí misma las virtudes de la estandarización, superando por tanto el efecto de confusión que genera la estructura por edades de la población. En relación con los métodos de estandarización, la  $e(0)$  cuenta además con la ventaja de expresarse en una magnitud – años de vida– mucho más comprensible que las Razones Comparativas de Mortalidad de la estandarización directa o los Índices de Mortalidad Estándar de la estandarización indirecta.

Habitualmente, la esperanza de vida se calcula en referencia a la mortalidad general. Aunque el concepto de esperanza de vida se utiliza también en la práctica clínica para expresar la supervivencia media vinculada a una enfermedad, como indicador poblacional demográfico-sanitario no es común construir tablas de mortalidad para una causa de muerte de manera aislada. Sin embargo, desde principios de los años ochenta del siglo pasado se han desarrollado diversos métodos basados en el análisis demográfico que ponen en relación la  $e(0)$  con las causas de muerte (<sup>1,2,3,4</sup>). Estos métodos, que dan resultados muy semejantes en todos los casos (<sup>5</sup>), permiten medir cuál es la participación de una causa de defunción en la evolución de la esperanza de vida a lo largo de un periodo de tiempo, o en las diferencias entre dos poblaciones, o en las desigualdades entre sexos (<sup>6,7,8,9,10,11</sup>).

**Objetivo**

El objetivo de este estudio es analizar la evolución reciente de la mortalidad por causa en la población española mediante la estimación de su contribución a los cambios en la esperanza de vida al nacer ( $e(0)$ ) en los periodos 1990-1995 y 1995-2000.

**Material**

Las poblaciones por sexo y edad son las calculadas como estimaciones intercensales a 1 de julio de los años respectivos (1990, 1995 y 2000) por el Instituto Nacional de Estadística. Las cifras de los años 1995 y 2000 son provisionales.

Las defunciones por sexo, edad y causa de muerte se han obtenido mediante explotación de los ficheros de registros anonimizados de defunciones de los años correspondientes. Los años 1990 y 1995 tienen la causa de defunción codificada mediante la 9ª Revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-9). El año 2000 está codificado con la 10ª Revisión (CIE-10).

**Métodos**

A partir de las defunciones y poblaciones por sexo y edad de los años 1990, 1995 y 2000 se han construido en primer lugar las respectivas tablas de mortalidad, utilizando el programa Epidat versión 3.0.

Posteriormente, con las tablas de vida y las cifras de causas de defunción por sexo y edad de los mismos años se ha estimado la contribución de la evolución de las causas de muerte a los cambios en la esperanza de vida en los quinquenios 1990-1995 y 1995-2000. Los cálculos se han realizado por el método de Arriaga (3) utilizando el programa Epidat versión 3.0. Los fundamentos matemáticos del método pueden consultarse en el artículo citado y en el manual de Epidat (<sup>12</sup>).

Las rúbricas detalladas de causas de muerte se han agregado, en los tres años, de acuerdo con la llamada Clasificación de Carga de Enfermedad (<sup>13</sup>) utilizando el programa Gesmor (<sup>14</sup>). Esta clasificación tiene una estructura jerárquica, exhaustiva y excluyente para cada nivel. En el primer estrato las defunciones se ordenan en 3 grupos: Causas Transmisibles (Grupo I), Causas No Transmisibles (Grupo II) y Causas Externas (Grupo III), al que se añade el Grupo de las Causas Mal Definidas. El segundo nivel contiene 21 categorías: 5 Transmisibles, 13 No Transmisibles y 3 Externas. Debe señalarse que las categorías del Grupo I incluyen las Enfermedades Infecciosas e Infecciones Respiratorias, pero también las Condiciones Maternas, Condiciones Perinatales y las Deficiencias Nutricionales. A su vez, cada una de las Categorías se desagrega en Subcategorías. En función de las características epidemiológicas de cada población el número de subcategorías manejado puede ser mayor o menor.

La Clasificación de Carga de Enfermedad está pensada para poder realizar comparaciones tanto en el tiempo como entre poblaciones, y es especialmente útil para visualizar las fases de la Transición Epidemiológica en que se puedan encontrar las distintas poblaciones estudiadas. Existen algoritmos de correspondencia de cada rúbrica de la CIE-9 y de la CIE-10 con las categorías y subcategorías de la Clasificación de Carga de Enfermedad. Por ello, al utilizar esta clasificación se superan las dificultades de comparación que se presentan cuando se trabaja simultáneamente con ambas CIEs.