

# Revista Española de Salud Pública



VOLUMEN 73

NÚMERO 6

Noviembre-Diciembre 1999

---

## EDITORIAL

La Revista Española de Salud Pública en la Biblioteca Virtual Scielo. **C Pérez Andrés. 665**

---

## ORIGINALES

Cumplimiento y percepción del consentimiento informado en un sector sanitario de Cataluña. **J Guix Oliver, LI Balañá Fort, JM Carbonell Riera, R Simón Pérez, RM Surroca Maciá y Nualart Berbel. 669**

Estudio de salud de las personas mayores en Extremadura: consumo de fármacos y patologías crónicas más frecuentes. **JD Pedrera Zamorano, ML Canal Macías, JM Lavado García, S Postigo Mota, M Sánchez Belda y N Durán González. 677**

Programas de prevención de Sida en la escuela secundaria: una recopilación valorativa. **S Fernández Costa, O Juárez Martínez y E Díez David. 687**

**EDITORIAL****LA REVISTA ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA EN LA BIBLIOTECA VIRTUAL SciELO**

*«... En el mapa de tu imperio, oh Gran Jan, deben encontrar su sitio tanto la gran Fedora de piedra como las pequeñas Fedoras de las esferas de vidrio. No porque todas sean igualmente reales, sino porque todas son sólo supuestas. La una encierra lo que se acepta como necesario cuando todavía no lo es; las otras lo que se imagina como posible y un minuto después dejan de serlo»*

Italo Calvino. Las ciudades invisibles

**Cristina Pérez Andrés**

Subdirección General de Epidemiología. Promoción y Educación para la Salud. Dirección General de Salud Pública. Ministerio de Sanidad y Consumo.

Como ya se viene experimentando, la edición electrónica de la información significa nuevas posibilidades y desafíos para la comunicación científica en dos sentidos, el de hacer accesibles las publicaciones científicas de un país al resto de ellos y el de tener acceso él mismo, con las ventajas que ofrece internet, a las revistas editadas fuera de sus fronteras, lo que es particularmente interesante para los países en vías de desarrollo.

En relación con ello, entre los días 29 de noviembre y 3 de diciembre de 1999, se han celebrado en Washington, en la sede de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), la *I Reunión de coordinación regional de la Biblioteca Virtual en Salud* y *VII Reunión del Sistema Latinoamericano y del Caribe de Información en Ciencias de la Salud*. Durante las mismas se ha procedido a la inauguración de la sección de salud pública en la red SciELO (*Scientific Electronic Library on Line*), la cual es una de las fuentes de información de la Biblioteca Virtual en Salud (BVS) de BIREME. Esta sección de salud pública se inaugura con cinco revistas: *Cadernos de Saúde Pública*, *Revista de Saúde Pública*, *Revista Española de Salud Pública*, *Revista Panamericana de Salud Pública* y *Salud Pública de México*. Los editores de las mismas han asistido a dicha reunión, junto con el director de la revista *Gaceta Sanitaria*, que también está invitada a participar

en SciELO. A ellas se irán sumando otras revistas en el futuro.

La Biblioteca Virtual en Salud (BVS) es la iniciativa de la OPS para la cooperación técnica entre los países de la Región de Latinoamérica y el Caribe, y está concebida como una red de fuentes de información que opera en internet. Su objetivo es proporcionar un acceso equitativo a la información científica sobre salud. La propuesta de la BVS fue presentada por la Biblioteca Regional de Medicina para la Región de Latinoamérica y el Caribe (BIREME), en la VI Reunión del sistema Latinoamericano y del Caribe de información en Ciencias de la Salud, que se realizó en San José, Costa Rica, durante el IV congreso Panamericano de Información en Ciencias de la Salud en marzo de 1998.

Las fuentes de información de la BVS están clasificadas en seis tipos de recursos:

Bases de datos clásicas y servicios relacionados (entre ellas LILACS y el servicio SCAD para el acceso a documentos completos).

Publicaciones electrónicas (entre ellas las revistas científicas incluidas en SciELO).

Fuentes de información de apoyo a la educación y a la toma de decisión (para el desarrollo y operación de colecciones electrónicas de textos y multimedia que operan con

libre acceso en internet en los centros de enseñanza).

Difusión selectiva de información (para dar conocimiento de nuevas fuentes de información, a través del correo electrónico y la página web de la BVS).

Comunicación en la BVS (listas de discusión, teleconferencias, entrevistas en línea,...).

Los componentes integradores de la BVS (el vocabulario DeCS, descriptores en ciencias de la salud; el localizador de información en salud LIS, que opera los catálogos que referencian las fuentes de información interna y externas al espacio de la BVS; y las metodologías comunes utilizadas por las instituciones productoras e intermediarias de la información).

El DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud) se encuentra disponible en una base de datos en tres idiomas —español, portugués e inglés—. Su naturaleza, en cuanto a terminología y estructura es la misma que la del MeSH (*Medical Subject Headings*) de la *National Library of Medicine*, lo que permite su participación, con el vocabulario en portugués y español, en el lenguaje unificado para búsqueda en salud, UMLS (*Unified Medical Language System*) de la *National Library of Medicine* (NLM). El DeCS contiene más de 25.000 entradas, incluyendo los términos procedentes del MeSH y los términos agregados por BIREME. El campo de la salud pública contiene más de 6.000 entradas e incluye áreas como administración de servicios de salud, y reforma del sector sanitario, área de ciencias ambientales, salud ambiental, desastres naturales o causados por el hombre, etcétera.

Las revistas científicas se irán progresivamente incorporando en la BVS utilizando la metodología SciELO, que ofrece recursos no sólo para la publicación sino también para la evaluación de las publicaciones científicas que participan en su red. El modelo SciELO es producto de un proyecto conjunto entre FAPESP, BIREME y los editores científicos. Entre marzo de 1997 y mayo de 1998 se realizó un proyecto piloto. A partir de junio de 1998, pasó a operar regularmente y se constituyó progresivamente en un modelo de publicación de revistas científicas, inicialmente para Brasil que, posteriormente, se amplió a toda la región de América Latina y el Caribe, y en el que en la actualidad participa España.

SciELO tiene tres componentes: El primero es la metodología, el segundo, las bibliotecas científicas electrónicas en línea, siendo una de ellas SciELO-Salud Pública; el tercero es el desarrollo de acuerdos de cooperación entre los sujetos de la comunicación científica, con el fin de difundir el modelo SciELO.

El objetivo es que en el futuro el crecimiento en los diferentes países del modelo SciELO, dé lugar a una red de sitios SciELO.

La metodología SciELO permite la búsqueda bibliográfica por autor, título, resumen y palabras clave, así como el establecimiento de un control del acceso a las revistas, lo que permite el cálculo de indicadores bibliométricos, incluyendo el factor de impacto basado en las citaciones, de manera igual a los realizados por el *Institute for Scientific Information* (ISI), permitiéndose con ello la evaluación de las revistas de ciencias de la salud incluidas en su red, tanto a nivel nacional como internacional.

La selección de una revista científica para ser incluida en SciELO conlleva la utilización, en su proceso editorial, de los criterios de calidad aceptados internacionalmente (como la revisión por pares) lo que promueve, también, la mejora de la calidad de las revistas y el reconocimiento de las mismas.

España ha participado en la *I Reunión de coordinación regional de la Biblioteca Virtual en Salud y VII Reunión del sistema Latinoamericano y del Caribe de Información en ciencias de la salud* de dos formas: con la asistencia de los editores de la Revista Española de Salud Pública, que ya está disponible en SciELO, y de Gaceta Sanitaria, y con la intervención del director de la Biblioteca Nacional de Ciencias de la Salud, Perspectivas del desarrollo de la Red Iberoamericana de Información en Ciencias de la salud, todo ello, como resultado de la cooperación entre España y la Región de Latinoamérica y el Caribe para el intercambio de la información científica y técnica en el campo de las ciencias de la salud, que se desarrolla al amparo de un Convenio de Colaboración firmado entre la OPS-BIREME y el Instituto de Salud Carlos III del Ministerio de Sanidad y Consumo español, y por el que la Biblioteca Nacional de Ciencias de la Salud del Instituto, se constituye como Centro Coordinador de BIREME para SciELO en España.

La dirección electrónica para acceder a la Biblioteca Virtual en Salud es: <http://www.bireme.br/bvs>. Para acceder a SciELO-Salud Pública,

la dirección en internet es la siguiente: <http://www.scielosp.org>. Tras entrar en ésta, se puede elegir entre las opciones específicas de cada una de las revistas incluidas, o bien entre las opciones generales, que son la de «búsqueda»: por materias, por autores y por artículos; y la de «informes», entre los que se encuentran dos tipos: «uso del sitio» y «citas». En el primero se obtienen estadísticas sobre el acceso a las revistas, a los ejemplares, y a los artículos. La elección de la entrada «citas» conduce a informes estadísticos de las citas de las revistas, separados en: datos procedentes de revistas, vida media de las citas, revistas citadas y revistas que citan. Dentro de cada una de

ellas se puede seguir eligiendo diferentes opciones, según le interese al usuario.

Consideramos que la inclusión de la Revista Española de Salud Pública en la red SciELO supone el reconocimiento de la misma por parte de organismos nacionales e internacionales, así como la oferta que la propia revista hace a los lectores hispanohablantes de todo el mundo de acceder a la información que sobre ciencias de la salud contiene. Por ambos aspectos, celebramos su elección para formar parte de SciELO, así como la iniciativa, por parte de BIREME, de hacer realidad la Biblioteca Virtual en Salud.

## ORIGINAL

## CUMPLIMIENTO Y PERCEPCIÓN DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO EN UN SECTOR SANITARIO DE CATALUÑA

Joan Guix Oliver, Llorenç Balañà Fort, Joan Miquel Carbonell Riera, Rosa Simón Pérez, Rosa Ma. Surroca Macià y Lluís Nualart Berbel.

GRUP SAGESSA. Unidad de Investigación Clínico-Experimental. Hospital Universitari de St.Joan-Facultat De Medicina. Universitat Rovira i Virgili. Reus.

## RESUMEN

**Fundamentos:** El consentimiento informado supone un proceso que va más allá de la firma de un documento de autorización. Este proceso supone una relación de información, comprensión, confianza y autorización entre el médico y el paciente. El objetivo del presente trabajo es el conocer el nivel de cumplimiento y percepción por parte de los usuarios, del proceso de consentimiento informado en un sector sanitario de Catalunya.

**Métodos:** Encuesta telefónica realizada a 314 expacientes quirúrgicos de los hospitales de un sector, entre 18 y 75 años, intervenidos en los tres meses anteriores a la realización del estudio, con el fin de conocer la percepción de los usuarios respecto del proceso de consentimiento. De estos, revisión de la documentación clínica de un 30%, para conocer el porcentaje de cumplimiento de la documentación del proceso de consentimiento.

**Resultados:** 61% de los pacientes recuerdan haber firmado el documento de consentimiento, 59,2% recordaban explicaciones sobre riesgos o complicaciones de la intervención a que serían sometidos. 9% no entendieron suficientemente lo que se les haría en la operación, y un 36% entendieron que el documento de consentimiento eximía a los profesionales de responsabilidades. Existía relación estadísticamente significativa respecto de grupo de edad, nivel educativo, y vía de ingreso. En 78% de las historias clínicas revisadas existía documento de consentimiento informado. El diagnóstico constaba en un 14,9%, y la firma del médico existía en un 48,9%. Se constató relación estadísticamente significativa respecto a la vía de ingreso de los pacientes.

**Conclusiones:** No se está implementando correctamente el proceso de consentimiento informado en los dos centros estudiados. El médico no se implica totalmente en el proceso.

**Palabras clave:** Consentimiento informado. Cataluña. Hospitales. Percepción. Cumplimiento.

## ABSTRACT

**Informed Consent Form Compliance and Comprehension in a Health Care District in Catalonia**

**Background:** Informed consent entails a process which involves more than signing a form to give one's consent. This process involves the mutual exchange of information, understanding, trust and consent between physician and patient. The purpose of this study is that of ascertaining the degree to which those consumers who have gone through the informed consent process in a health care district in Catalonia have filled out and fully understood this form.

**Methods:** Telephone survey conducted among 314 former surgery patients at hospitals in a given district, ages 18-75, who had undergone surgery within the three months immediately prior to the date on which the survey was conducted for the purpose of ascertaining the opinion of these consumers regarding the consent process. A review of the clinical records of 30% of these individuals was conducted for the purpose of ascertaining the degree of compliance with the consent form process.

**Results:** Sixty-one percent (61%) of the patients surveyed remembered having signed the consent form, 59.2% recalling explanations regarding risks or complications of the surgery they were to undergo. Nine percent (9%) did not understand well enough what was going to be done to them during the surgery, and 36% were of the understanding that the consent form released the health care professionals from liability. A statistically significant relationship was found to exist among the age group, educational level and admissions channel. Seventy-eight percent (78%) of the clinical records reviewed included informed consent forms. The diagnosis was stated on 14.9% of these forms, and 48.9% had been signed by the attending physician. A statistically significant relationship was found between the channels through which patients were admitted to the hospital.

**Conclusions:** The informed consent process is not being implemented correctly at the two hospitals analyzed. Physicians are not totally involved in the process.

**Key words:** Informed consent. Catalonia. Hospitals. Opinion. Compliance.

Correspondencia:

Joan Guix Oliver

Lluís Companys, s/n

Reus

43201 Tarragona

Correo electrónico: jguix@grupsgs.com

## INTRODUCCIÓN

La atención sanitaria tiene como elemento clave la relación médico-paciente, sobre la cual se basa todo el proceso asistencial y su consiguiente toma de decisiones<sup>1</sup>.

Esta relación médico-paciente esta condicionada por un hecho básico. El paciente no tiene la misma información sobre su enfermedad, tratamiento, alternativas y consecuencias que el médico<sup>2</sup>. Existe lo que se denomina una información asimétrica entre ambas partes<sup>3</sup>. Esto comporta el que el paciente se vea obligado, frente a su carencia de conocimientos al respecto, a delegar las decisiones sobre la figura del experto, es decir, del médico, estableciendo así una relación llamada de agencia<sup>3</sup>, en la cual el profesional sanitario decide, en nombre del paciente, cuáles son las alternativas que le son más convenientes para su curación.

El alud de acontecimientos sociales que se producen después de la II Guerra Mundial, conmueven la sociedad, estableciendo un nuevo orden de cosas que, entre otras, se refleja en la Declaración de los Derechos Humanos del año 1948.

En el ámbito sanitario ello se traduce en una concienciación progresiva de que la protección de la salud es un derecho, y no un acto benéfico. La profesión médica debe regirse no tan solo por valores éticos o morales, sino que hay que adoptar pautas coactivas de comportamiento para regular las conductas implicadas, puesto que están en juego no tan solo valores individuales, sino sociales<sup>2,3</sup>. Hay que regular comportamientos y relaciones. Por otra parte, cambia la concepción de la enfermedad y de la salud, pasando de la visión de *paciente* a la de *agente* autónomo y libre, que, como tal, debe participar activamente en el proceso sanitario y tomar sus propias decisiones<sup>4</sup>. Pasa a tomar un papel fundamental el principio ético de autonomía del paciente, definido como la capacidad de escoger con conocimiento causa y sin coerción, por parte del usuario del sistema sanitario<sup>5,6</sup>. De esta forma, la relación médico-paciente pasa de encontrarse bajo la visión del principio de beneficencia, a estar bajo el de **autonomía**, y, en cualquier conflicto ético entre ambos principios, predominara el segundo, es decir, la libertad de decisión del usuario<sup>5,6</sup>.

Esta relación pasa a fundarse, a partir de ahora, no tanto ya exclusivamente en la confianza, sino en una relación de *partenariado* entre dos actores, médico y usuario, en el cuadro de un acuerdo

de tipo contractual, en el cual el médico tiene la obligación de poner los medios necesarios para la curación o mejora del paciente<sup>7</sup>, ofreciéndole la información necesaria para poder tomar autónomamente una decisión<sup>8</sup>. Esta información no puede ser considerada como una acción puntual en el tiempo, y aun menos, como un mero episodio burocrático de la firma de un documento de autorización de una practica determinada. Esta información se interpreta como un proceso continuado, gradual, en virtud del cual el paciente recibe del médico información suficiente y comprensiva para participar activamente en la toma de decisiones respecto al diagnóstico y tratamiento de la enfermedad. Este proceso informativo se conoce como **consentimiento informado**<sup>9,10,11</sup>, y precisa, como todo acto sanitario, de un registro escrito, sin que este pueda, no obstante, ser confundido con el acto del consentimiento en sí mismo. El registro del consentimiento informado no es mas que el soporte documental de este proceso, y trata de garantizar que la información más relevante ha sido ofrecida por el médico, y recibida por el paciente<sup>10,13</sup>.

En España, La Ley General de Sanidad de 1986, incluye la Carta de Derechos y Deberes de los Pacientes, que en el artículo 10 incorpora el derecho del paciente-usuario del sistema sanitario a recibir información completa y continuada, verbal y escrita, en términos comprensibles, sobre su proceso, incluyendo diagnóstico, pronóstico y alternativas de tratamiento, así como, «A la libre elección entre las opciones que le presente el responsable médico de su caso, siendo preciso el previo consentimiento escrito del usuario para la realización de cualquier intervención», excepto cuando la no intervención suponga un riesgo para la salud pública, cuando el paciente no esté capacitado para tomar decisiones, en cuyo caso el derecho corresponderá a sus familiares o personas a él allegadas, cuando la urgencia no permita demoras por poderse ocasionar lesiones irreversibles o existir peligro de fallecimiento<sup>12,14</sup>, o cuando se manifieste un rechazo explícito por parte del paciente a recibir cualquier tipo de información.

Consecuentemente, un proceso de consentimiento informado debe incluir conceptos tales como voluntariedad, información en cantidad y calidad suficientes, competencia (capacidad de entender, por parte del paciente, la situación y sus alternativas, para, después, tomar una decisión), y validez y autenticidad (coherencia con la escala de valores habitual)<sup>9,13,15</sup>.

Dado que el consentimiento informado en realidad constituye el eje de la relación médico-paciente, tanto el proceso en sí mismo, como la firma del documento de registro ha de ser obtenido por el profesional que realizara la técnica<sup>9</sup>, se entiende que el consentimiento informado para un procedimiento determinado no da derecho automático a cualquier otro procedimiento, excepto en el caso de procedimientos encadenados, y siempre que así se le haya explicado al paciente<sup>1</sup>.

Partiendo de estas consideraciones, nos planteamos el conocer hasta que punto el proceso del consentimiento informado en pacientes quirúrgicos, es adecuadamente implementado y documentado, de tal manera que los pacientes sean conscientes de que están recibiendo una información y que, libremente, aceptan unas propuestas diagnósticas y/o terapéuticas, con todo lo que comporta, y que la documentación correspondiente existe y esta correctamente cumplimentada.

Por otra parte, tratándose de un proceso de comunicación, planteamos, también, la posibilidad de que determinadas variables, básicamente por parte de los usuarios, puedan afectar este proceso, estableciendo diferencias en la práctica real del consentimiento informado. En este sentido, nos planteamos si sexo, edad, nivel de estudios, nivel económico, vía de ingreso o idioma hablado por el paciente, pueden ser variables que condicionen, en un sentido u otro, la implementación del proceso de consentimiento informado.

## SUJETOS Y MÉTODO

El Sector Sanitario de Reus, integrado en la Región Sanitaria de Tarragona, comprende las comarcas del Baix Camp, Ribera d'Ebre, Terra Alta, y Priorat con una población conjunta aproximada de unos 175.000 habitantes. El Sector Sanitario cuenta con dos hospitales de agudos, de propiedad pública, integrados en la X.H.U.P., uno de ellos dotado con 275 camas de agudos (Hospital A), y el otro con 78 camas de agudos (Hospital B).

Para analizar el nivel de percepción de los usuarios quirúrgicos sobre la aplicación del consentimiento informado, se realizó un estudio transversal, mediante encuesta telefónica, en su domicilio, a ex-pacientes, dados de alta en cada uno de los dos hospitales integrados en la red pública del sector sanitario, entre uno y tres meses antes de la encuesta, por considerar este período como un plazo límite para evitar sesgos de me-

moría<sup>16</sup>. Estos usuarios fueron escogidos de forma sistemática, a partir de un registro inicial obtenido mediante tabla de números aleatorios, sobre la lista del total de pacientes quirúrgicos, programados y urgentes, dados de alta en el período mencionado, de forma estratificada por centro, según altas quirúrgicas de ambos. Previamente, se les remitió una carta en la cual se les informaba que en días sucesivos, recibirían una llamada del Departamento de Calidad de la entidad gestora del centro correspondiente, para conocer sus impresiones sobre el contexto de su intervención quirúrgica.

Se preparó un cuestionario de 12 preguntas concretas y 8 de contextualización (edad, sexo...), basada en la técnica del *patients' reports*<sup>17, 18, 19</sup>, con contenidos referidos a los diversos aspectos pactados en la Conferencia de Consenso de INSALUD sobre el Consentimiento informado<sup>10</sup>. Esta encuesta fue previamente validada respecto de la comprensión de sus contenidos, con un grupo de 20 personas ajenas al estudio. El encuestador, desvinculado del proceso asistencial y ajeno al centro asistencial fue formado al respecto, y se contó con el conocimiento previo de los responsables del centro sanitario objeto del estudio. En todo caso, se garantizaba a los usuarios encuestados una total confidencialidad de las respuestas, no recogiendo ningún tipo de identificación personal en las bases de datos surgidas de la encuesta.

El universo del estudio fue el conjunto de usuarios sometidos a algún tipo de intervención quirúrgica y dados de alta en los centros de agudos integrados en la red pública de las mencionadas comarcas.

El tamaño de la muestra inicial, para una  $p=0,5$ , una  $\alpha=0,05$ , un intervalo de error de  $0,05$ , y aproximadamente un 10% de pérdidas, fue de 400 usuarios. De estos, se pudo realizar la encuesta en 314 (78,5%). 64,6% de los cuales correspondían al Hospital A, y 35,4% al Hospital B, de acuerdo con la proporción de altas quirúrgicas de ambos centros en período estudiado, representando un 16,72% y un 11,4%, respectivamente, del total de las intervenciones realizadas en los mencionados centros durante el período estudiado. La no realización de algunas de las encuestas previstas, se debió a imposibilidad de contactar con el usuario, después de tres llamadas en horarios diferentes (siempre entre las 17 y 21 horas), o por negativa a participar en el estudio.

**Criterios de inclusión:** Todos los pacientes dados de alta, sometidos a algún tipo de intervención quirúrgica, en los centros de agudos del Sector, en el plazo de estudio, comprendidos entre los 18 y 75 años

**Criterios de exclusión:** Imposibilidad de comunicación con el paciente dado de alta por problemas de idioma (idioma diferente al catalán o español), o por problemas físicos (traqueotomía,...), imposibilidad de localización en el número telefónico de referencia, pacientes sometidos a algún tipo de aislamiento por causas asistenciales, demencia constatada por diagnóstico clínico, y negativa a la encuesta. Se decidió la exclusión de pacientes de idioma diferente al catalán o español, por cuanto, al margen de las diferencias idiomáticas, podían existir también diferencias culturales que podían influir en las respuestas de forma difícilmente valorable.

El tamaño de la muestra garantiza unos resultados con un nivel de capacidad inferencial correcto desde un punto de vista estadístico. Aun así, el limitar el estudio a usuario con teléfono supone, de por sí, un sesgo, que no nos permite el conocer el impacto sobre un colectivo de menores posibilidades económicas o pertenecientes a sectores marginales y que, potencialmente, a partir de nuestras hipótesis iniciales, podrían ser sujetos de una inequidad importante en la práctica del Consentimiento informado. En este sentido, Cataluña cuenta con una tasa de 2,2 habitantes por teléfono, mientras que en la Comarca del Baix Camp es de 2,4, en Ribera d'Ebre de 2,8, Priorat de 2,6 y Terra Alta de 3,0. Por otra parte, la localización de la muestra en un sector sanitario determinado, cubierto hospitalariamente por un mismo grupo gestor asistencial sanitario específico, puede afectar la validez externa del trabajo. También las características económicas de algunas de las comarcas marco del estudio (Terra Alta, Priorat...), consideradas entre las más pobres de Cataluña, podrían afectar la validez. No obstante, el conjunto estudiado (Sector Sanitario de Reus) nos sitúa en el promedio catalán respecto a nivel económico y otros factores como puede ser el envejecimiento de la población.

Las características de los expacientes incluidos en la muestra no diferían del conjunto de los pacientes intervenidos en el mismo período en cada uno de los centros estudiados.

Las diferencias estadísticas entre variables cualitativas fueron estudiadas mediante el test de  $\chi^2$ , con un nivel de significación  $< 0,05$ .

Del total de ex-pacientes encuestados, se escogió una submuestra aleatoria del 30% ( $n=94$ ), estratificada por centros, y se revisó la documentación referente al consentimiento informado existente en la historia clínica. Esta información fue contrastada con la obtenida en la encuesta telefónica.

## RESULTADOS

La variable «ingresos económicos por familia» se agrupó en dos categorías: Menos de un millón anual o más de un millón anual. La variable «edad» se agrupó en tres categorías: Entre 18 y 45 años, de 46 a 65 años, y de 66 a 75 años. La ocupación, codificada de acuerdo con la Clasificación Nacional de Ocupaciones-1994<sup>20</sup> se agrupó en tres categorías, incluyendo la primera los apartados I a IIIc, la segunda a los apartados IVA a V, y la tercera a los jubilados. El nivel de estudios se agrupó en dos apartados, el primero incluyendo sin estudios y estudios primarios, y el segundo con estudios secundarios y universitarios.

La descripción de los resultados obtenidos se recoge en la tabla 1.

Es preciso recordar que lo que aquí se describe no corresponde necesariamente a la práctica real del requisito del Consentimiento informado, sino al nivel de percepción de los usuarios quirúrgicos del Sector. Respecto de la obtención del documento del Consentimiento informado, solo el 35,4% de los pacientes que referían haber firmado el documento, identificaban al médico como el que les presentó el documento para firmar.

Aquellos expacientes que reconocían haber recibido una explicación de «qué se les haría», independientemente de la firma del documento de Consentimiento informado, en un 76,6% identificaban al médico como aquel que les dio las explicaciones pertinentes.

Un 11,2% de los pacientes manifestaron que el documento de consentimiento informado les había sido presentado para firmar con posterioridad a la intervención quirúrgica, y un 2,3 no lo recordaban.

Se hallaron diferencias estadísticamente significativas relativas a la variable *edad*, agrupada en tres categorías. Resultó significativa ( $p=0,004$ ) respecto del hecho de «firmar el permiso para operarlo», destacando que las pacientes entre 18

Tabla 1

## Descripción de resultados de la encuesta a usuarios\*

	<i>Si</i>	<i>No</i>	<i>No contesta</i>
¿Le hicieron firmar algún tipo de permiso para ser operado?	61%(55,6-66,4)	25,1%(20,329,9)	13,9%(10,1-17,7)
Independientemente de firmar la autorización, ¿le explicaron que operación le harían?	86,5%(82,7-90,3)	11,2%(7,7-14,7)	2,3%(0,6-4,0)
¿Le explicaron si la operación a la que se sometería podía presentar algún peligro o alguna complicación?	59,2%(53,8-64,6)	37,1%(31,8-42,4)	3,7%(1,6-5,8)
¿Entendió claramente que le harían en la operación?	87,6%(84,0-91,2)	9%(5,8-12,2)	3,4%(1,4-5,4)
¿Pudo preguntar todo lo que quiso sobre su intervención y sus posibles consecuencias, al personal del 'hospital'?	86,1%(82,3-89,9)	7,5%(4,6-10,4)	6,4%(3,7-9,1)
¿Le explicaron que, si quería, podía negarse a la operación?	53,8%(48,3-59,3)	39,8%(34,4-45,2)	6,4%(3,7-9,1)
¿Le dijeron que el permiso eximía de responsabilidad a los médicos que le operarían?	36%(30,7-41,3)	52,3%(46,8-57,8)	11,8%(8,2-15,4)

\* Intervalo de confianza a  $\alpha = 0,05$

y 45 años recuerdan haber firmado en menor proporción que el resto, y que el grupo etario entre 46 y 65 años presenta una proporción superior de pacientes ( $p=0,008$ ) que manifiestan no haber podido preguntar todo lo que querían sobre su intervención.

Respecto del nivel educativo, agrupado en dos categorías, se observó que 10,66% de los pacientes del grupo de inferior nivel educativo (sin estudios+primaria), no pudieron preguntar todo lo que quisieron ( $p=0,008$ ), frente al 1,27 del grupo de estudios superior (secundarios+superiores), que no pudieron preguntar.

La variable «vía de ingreso» dio diferencias estadísticamente significativas respecto al hecho de no recordar la firma del documento de consentimiento informado en un 25% cuando el ingreso era programado, frente al 39,34% cuando era urgente ( $p=0,034$ ). Refieren los pacientes ingresados por vía urgente que no se les explicó la intervención en un 18,42% ( $p=0,03$ ), frente al 8,7% de los programados, que se manifestaron en el mismo sentido.

Un 95,09% ( $p=0,0009$ ) de los ingresados por vía urgente refirieron que fue el propio médico el que les explicó la intervención, mientras que en los programados recuerdan este aspecto en un 75,61%.

Como posibles explicaciones al respecto, hay que destacar que el 37,9% de los pacientes del grupo joven ingresaron vía urgencias, es decir, en proporción significativamente superior ( $p=0,035$ ) a la del resto de grupos etarios. Por otra parte, los grupos etarios entre 18 y 65 años, tenían una proporción del 76,03% de pacientes de sexo femenino, respecto del grupo etario de edad superior (40%), y en el grupo etario medio (46 a 65 años), predomina el sexo femenino (72,41%) y la población de nivel de estudios inferior (80,72), respecto del resto de los grupos. No obstante, no hemos hallado diferencias estadísticamente significativas con respecto a la variable sexo.

Respecto a la revisión de historias clínicas, los resultados se recogen en la tabla 2. A destacar que en 22,03% de las historias revisadas no se halló documento alguno de consentimiento informado. En el 100% de las historias de pacientes sin documento de CI, en la encuesta de percepción manifestaron no recordar haber firmado documento de autorización alguno.

Se hallaron diferencias estadísticamente significativas ( $p=0,03$ ) respecto de la no existencia de documento de consentimiento informado en referencia a vía de ingreso, constatando la inexistencia del documento en 46,15% de los ingresos urgentes, frente al 15,63% de los programados.

Tabla 2

## Resultados de la revisión de historias clínicas de pacientes intervenidos\*

	Si	No
¿Existe documento de CI?	78%(69,6-86,4)	22% (30,4-13,6)
¿Consta el diagnóstico?	14,9%(6,7-23,1)	85,1% (93,3-76,9)
¿Consta el tipo de intervención?	66%(55,1-79,9)	34% (44,9-23,1)
¿Existe la firma del paciente?	93,6%(88,0-99,2)	6,4% (12,0-0,8)
¿Existe la firma del médico?	48,9%(37,4-60,4)	51,1% (62,6-39,6)
¿Consta la fecha del CI?	76,6%(66,9-86,3)	23,4% (33,1-13,7)
¿La fecha del CI es previa a la de la intervención?	89,9%(83,0-96,8)	10,1% (17,0-4,2)

\* Intervalo de confianza a  $\alpha = 0,05$ 

## DISCUSIÓN

De la lectura de los resultados obtenidos, se puede concluir que la práctica real del Consentimiento informado no se realiza con total corrección entre los pacientes del Sector Sanitario estudiado, o por lo menos, no es percibido correctamente entre los mismos usuarios.

Basándonos en todas las premisas expuestas en la introducción, sorprende el hecho de que tan solo un 61% de los pacientes interrogados son conscientes de su firma del documento de Consentimiento Informado, y este existe en la historia clínica en 78% de los casos. Estas cifras demuestran la relativamente escasa conciencia existente sobre el hecho de haber recibido una información y haber dado un consentimiento explícito a una intervención concreta, por parte de los usuarios estudiados, lo cual va contra el espíritu del mismo Consentimiento informado. Por otra parte, los pacientes integrados en el grupo de edad más joven y las mujeres son menos conscientes de haber firmado el documento de Consentimiento informado que el resto.

En el mismo sentido, si la firma del documento del Consentimiento informado significa la constatación documental de un proceso de explicación y de participación a nivel de toma de decisiones, y, por tanto, comporta una fase esencial en la relación médico-paciente, es importante el remarcar que solo un 35,4% de los pacientes que manifiestan haber firmado el Consentimiento informado, refieren que fue el médico quien les hizo firmar el mencionado documento, y que se confirma con la alta inexistencia de firmas del médico (en 51,1% no existe). Esta menor vinculación también se observa más frecuentemente cuando el paciente ingresa por vía programada, que cuando ingresa por vía urgente, posiblemente por que la relación médico-pa-

ciente es más inmediata, y la necesidad de explicar un desarrollo tan dramático como una intervención, obliga a dar explicaciones. Explicaciones que son vividas como más exhaustivas cuanto más alto es el nivel educativo del paciente. El hecho de que los pacientes del grupo de edad intermedia sientan que pueden preguntar menos puede relacionarse con un predominio femenino en este grupo.

La información, en todo caso, es incompleta, no percibiendo los pacientes de la muestra estudiada, explicaciones sobre riesgos o posibles complicaciones (37,1%), ni sobre la posibilidad de negarse a la intervención (39,8%). Destaquemos que, del conjunto de pacientes encuestados, un 11,2% refieren no haber recibido ninguna explicación, y un 9% no entendió claramente lo que se le haría.

Existen escasas referencias de estudios similares al nuestro, pero Elola<sup>21</sup>, refiriendo una encuesta del C.I.S para INSALUD, ha puesto de relieve el bajo conocimiento de los usuarios sobre sus derechos respecto de la atención sanitaria, con un 7% de los encuestados que conocían los contenidos de la Carta de Derechos y Deberes, mientras que el 78% de los entrevistados desconocían totalmente su existencia y sus contenidos. Sainz y cols.<sup>16</sup>, en un estudio realizado sobre cinco hospitales de INSALUD, obtuvieron un nivel del 78% de pacientes que referían haber firmado el documento de consentimiento informado. Se les explico a los pacientes lo que les haría, a parte del hecho de la firma del documento de consentimiento informado, en un 84%, pero, en cambio, consideren que pudieron preguntar todo lo que desearon sobre su intervención, en un 57%, frente a nuestro 86,1%. Destaquemos que el mencionado estudio se realizo sobre pacientes programados, a los que se les practicaba una broncoscopia o una endoscopia digestiva, y que nuestro

estudio se refiere a intervenciones quirúrgicas mayores, urgencias incluidas.

Hay que considerar, por último, la actitud de los profesionales al respecto. En el año 1994 se publicó un estudio realizado sobre 75 médicos mejicanos<sup>22</sup>, de los cuales tan solo un 34% reconocían ser respetuosos con las decisiones de los usuarios referidas a su propia asistencia sanitaria, mientras que un 34% admitían no serlo, y un 32% subrogaban las decisiones a terceras personas, a pesar de reconocer el 73% de los mismos, el derecho de los usuarios a decidir por sí mismos previa información. 23% no admitían este derecho, y existe una corriente de opinión, entre algunos profesionales, de que la información detallada a los pacientes, puede ser contraproducente, al generar miedo y confusión<sup>16</sup>.

Así pues, nuestros resultados no difieren substancialmente del sentido de los obtenidos a partir de las mencionadas fuentes.

Por tanto, podemos concluir que la información dada a los pacientes quirúrgicos, en el ámbito de nuestro estudio, es insuficiente, incompleta y sesgada, con diferencias significativas, especialmente, respecto a edad, nivel educativo y vía de ingreso, con lo cual, pueden existir elementos de inequidad. El proceso del Consentimiento informado, como afirma Lorda<sup>23</sup>, posiblemente es interpretado como un requerimiento burocrático escasamente trascendente des de un punto de vista asistencial, y no como la culminación de una fase importante de la relación médico-paciente.

## BIBLIOGRAFÍA

- Broggi M. Anàlisi i propostes per a un simposi, en II Simposi sobre bioètica: Informació clínica i consentiment informato. Organizado por Dirección General de Recursos Sanitarios, Departamento de Sanidad y Seguridad Social., Generalitat de Catalunya. Badalona. 12 de mayo de 1995.
- Williams A. Medicina, economía y ética en el Servicio Nacional de Salud. ¿Un choque de culturas? Papeles de Economía Española 1998. Monográfico sobre Economía de la Salud 76.
- Ortún Rubio V. La economía en sanidad y medicina: Instrumentos y limitaciones. Barcelona. Euge. La Llar del Llibre. 1990.
- Barcia D. Los derechos de los enfermos. Bol Psicol 1988. 19: 115-119.
- Beauchamp L. McCullough L. Ética Médica. Barcelona. Labor; 1987.
- Gracia D. Fundamentos de bioética. Madrid. Eudema Universidad; 1989.
- Pascual Torres D. Consentimiento informado en exploraciones complementarias y procedimientos invasivos. Gastroenterol Hepatol 1998. 21: 464-468.
- Martin J. Relation médecin-malade et droits des patients. Rev Men. Suisse odonto-stomatol 1991: 101.
- Osakidetza. La información y el consentimiento informado. Principios y pautas de actuación en la relación clínica. Bilbao: Osakidetza. Gobierno Vasco; 1997.
- Sainz A, Quintana O. La información médica: El Consentimiento Informado. Fundamentos éticos y legales. Rev de Calidad Asistencial 1994; 2: 68-71.
- Rodríguez JA. Salud y sociedad. Análisis sociológico de la estructura y la dinámica del sector sanitario español. Madrid: Tecnos; 1987.
- Ley 14/1986 de 25 de abril General de Sanidad. BOE núm. 102 de 29 de abril de 1986.
- Acuerdo del Consejo Interterritorial sobre Consentimiento Informado. Adoptado en la Sesión Plenaria de 6 de noviembre de 1995.
- Puigpelat Martí F. Bioética y valores constitucionales. En: María Casado: Bioética, derecho y sociedad. Valladolid. Trotta; 1998.
- Simón P, Concheiro L. El consentimiento informado: teoría y practica (I). Med. Clin 1993. 110: 659-663.
- Sainz A, Martínez B, Quintana O, Fernández A, Ferreira A, Martín D, Suárez T, Martín T. Consentimiento informado y satisfacción de los pacientes: resultado de una encuesta telefónica realizada a pacientes de 5 hospitales del Insalud. Rev Calidad Asistencial 1997; 12: 100-16.
- Saturno P. Los métodos de participación del usuario en la evaluación y mejora de la calidad de los servicios sanitarios. Rev Esp Salud Pública 1995. 69: 163-175.
- Trudeau M. Informed Consent: The Patient's Right to decide. J Psychosocial Nursing 1993. 31.6: 9-12.
- Saturno P, Sánchez J, Grupo PROSPER-S. El informe del usuario: un nuevo método para la evaluación y mejora de la calidad de la atención sanitaria. Rev Calidad Asistencial 1995; 5: 271-279.
- Clasificación Nacional de Ocupaciones-1944 (CNO-1944).
- Elola J. Crisis y reforma de la asistencia sanitaria pública en España. Madrid: FISS; 1991.
- López de la Peña X. Actitud médica y conocimientos legales de algunos derechos del paciente. Rev Invest Clin 1995; 47: 5-12.
- Simón Lorda P. La fundamentación ética de la teoría del consentimiento informado. Rev Calidad Asistencial 1999; 14: 100-109.

## ORIGINAL

ESTUDIO DE SALUD DE LAS PERSONAS MAYORES EN EXTREMADURA:  
CONSUMO DE FÁRMACOS Y PATOLOGÍAS CRÓNICAS MÁS FRECUENTESJuan Diego Pedrera Zamorano, M.<sup>a</sup> Luz Canal Macías, Jesús M.<sup>a</sup> Lavado García, Salvador Postigo Mota, Miguel Sánchez Belda y Noelia Durán Gómez

Departamento de Enfermería. Universidad de Extremadura

## RESUMEN

**Fundamento:** Determinar el consumo de fármacos en el anciano no institucionalizado, los factores asociados a la polifarmacia e identificar su relación con las patologías crónicas.

**Métodos:** Estudio epidemiológico transversal mediante entrevista directa domiciliar. La población seleccionada sistemáticamente es de 960 sujetos entre 65 y 93 años. El cuestionario incluía datos demográficos, salud autopercebida, aspectos cualitativos y cuantitativos del consumo de fármacos patologías crónicas, y valoración de capacidad funcional.

**Resultados:** El 91,62% de las personas entrevistadas declaró consumir medicamentos, siendo superior en la mujer ( $p < 0,002$ ). Los más consumidos son los hipotensores (42,4%), analgésicos (38,7%) y cardioterápicos (24,8%). El consumo de fármacos fue superior en el grupo de edad más avanzada ( $p < 0,0001$ ), con nivel de instrucción inferior ( $p < 0,001$ ), con déficit visual y auditivo ( $p < 0,0001$ ), peor situación social ( $p < 0,001$ ), más contactos con los servicios sanitarios ( $p < 0,0001$ ), peor salud autopercebida ( $p < 0,0001$ ), mayor número de enfermedades crónicas ( $p < 0,0001$ ) y con trastornos depresivos ( $p = 0,004$ ). El análisis de regresión lineal mostró una relación positiva entre el número de fármacos consumidos y el número de enfermedades crónicas ( $r = 0,518$ ;  $p < 0,0001$ ). Las mujeres refieren un peor estado de salud ( $p < 0,05$ ). Las variables asociadas a la polifarmacia estudiadas mediante regresión logística son la edad (mayores de 75 años; OR=1,1478), tres o más enfermedades crónicas (OR=1,83) y mala salud autopercebida (OR=1,22).

**Conclusiones:** Es necesario incluir en los exámenes de salud del anciano una revisión del consumo de fármacos, particularmente en mayores de 75 años con peor salud autopercebida con más enfermedades crónicas.

**Palabras clave:** Anciano. Enfermedades crónicas. Polifarmacia. Utilización de medicamentos.

## ABSTRACT

Study on the Health of the Elderly in  
Extremadura: Medication and most  
Frequent Chronic Diseases

**Background:** To ascertain the use of drugs among the non-institutionalised elderly population, the factors related to polypharmacy and pinpointing the relationship thereof with chronic diseases.

**Methods:** Cross-sectional epidemiological study by means of door-to-door survey. The population systematically selected totalled 960 individuals age 65-93. The questionnaire included demographic data, self-assessed health condition, quantitative and qualitative aspects of the use of medications, chronic diseases and assessment of functional ability.

**Results:** 91.62% of those surveyed were taking medication, a greater number of females ( $p < 0,002$ ) than males. The medications taken to the greatest extent were blood pressure drugs (42.4%), analgesics (38.7%) and heart drugs (24.8%). Drugs were used to a greater extent among the oldest age group ( $p < 0,0001$ ), those having the lowest educational level ( $p < 0,001$ ), those with impaired eyesight and hearing ( $p < 0,0001$ ), those having the lowest social status ( $p < 0,001$ ), more contacts with the health care services ( $p < 0,0001$ ), worse self-assessed health condition ( $p < 0,0001$ ), a greater number of chronic diseases ( $p < 0,0001$ ) and depressive disorders ( $p = 0,004$ ). The linear regression analysis revealed a positive relationship between the number of medications taken and the number of chronic diseases ( $r = 0,518$ ;  $p < 0,0001$ ). Females report worse health conditions ( $p < 0,05$ ). The variables analyzed with regard to polypharmacy by means of logistic regression are age (over age 75; OR=1.1478), three or more chronic diseases (OR=1.83) and poor self-assessed health condition (OR=1.22).

**Conclusions:** Physical checkups on the elderly must include a review of the medications being taken, especially among those over age 75 who have a worse self-assessed health condition and a larger number of chronic diseases.

**Key words:** Elderly patient. Chronic diseases. Polypharmacy. Medication.

## Correspondencia:

Juan Diego Pedrera Zamorano  
Departamento de Enfermería  
Escuela Universitaria de Enfermería y Terapia Ocupacional  
Avda. de la Universidad s/n  
10.071 Cáceres  
Correo electrónico: jpedrera@unex.es

## INTRODUCCIÓN

Actualmente, los problemas asociados al progresivo envejecimiento de la población están cobrando interés creciente debido principalmente al aumento del número de personas mayores de 65 años en las sociedades industrializadas, generado por una disminución de las tasas de natalidad y mortalidad y un incremento importante de la esperanza de vida. Se estima que en el año 2005, el 17,40% de la población española tendrá más de 65 años<sup>1,2</sup>.

El aumento de la esperanza de vida conlleva un incremento del número de enfermedades crónicas que afectan a más de un órgano o sistema<sup>3</sup>, lo cual repercute en un aumento considerable del uso y consumo de fármacos en la población anciana<sup>4</sup>, situándose este grupo de edad como mayor consumidor del gasto farmacéutico en España (67,8%)<sup>5</sup>.

Una importante proporción de fármacos consumidos por los ancianos son poco eficaces para las indicaciones teóricas a las que están destinados<sup>6,7</sup>, ya que todavía existen pocos tratamientos curativos de las enfermedades crónicas que afectan a las personas ancianas, siendo la terapéutica normalmente sintomática. Este motivo conduce al uso y consumo de múltiples fármacos que, debido a las especiales condiciones farmacocinéticas y farmacodinámicas de estos pacientes, producen un elevado número de reacciones adversas<sup>7,8,9</sup> que están en relación directa con el número de fármacos consumidos<sup>10</sup>. Otras consecuencias negativas provocadas por el uso de fármacos son debidas a los cambios fisiológicos y morfológicos que ocurren en el proceso de envejecimiento<sup>11</sup>, y a la pluripatología característica de este grupo de edad.

La dimensión de esta problemática es mucho mayor, por las graves repercusiones socio-sanitarias que conlleva, ya que se produce una elevación del gasto en recursos sanitarios respecto a otros grupos de población, hecho este que se pone de manifiesto, el que más de 1/3 de las consultas a demanda en Atención Primaria procede de personas mayores de 65 años.

Existe una estrecha relación entre la asociación y simultaneidad de enfermedades crónicas en el anciano y el consumo elevado de fármacos. Es importante considerar, que son múltiples los factores que pueden llevarle a consumir varios medicamentos concomitantes, por lo que será necesario evaluar aspectos como, la capacidad fun-

cional, el estado físico, el nivel de salud percibido, el sexo y el nivel socioeconómico y cultural<sup>12,13</sup>.

Dado el gran interés que reviste el incremento de la población anciana, la variabilidad individual de la enfermedad y el consumo de medicamentos en las personas mayores, el objetivo de nuestro estudio es determinar el consumo de fármacos en el anciano no institucionalizado, los factores asociados a la polifarmacia y determinar su relación con los problemas de salud asociados declarados con más frecuencia por este grupo de edad.

## POBLACIÓN Y MÉTODOS

Se trata de un estudio observacional de carácter transversal por entrevista estandarizada, domiciliaria, directa y personal, realizada por diplomados en enfermería entrenados para ello. La población diana está compuesta por personas mayores de 65 años no institucionalizadas y residentes habituales en seis núcleos de población de ámbito rural y dos núcleos de ámbito urbano, seleccionados de manera aleatoria, pertenecientes a la Comunidad Autónoma de Extremadura. El tamaño muestral definitivo fue de 960 sujetos. La fracción de muestreo resultante fue del 2,8% de la población anciana de los citados núcleos de población, constituida por un total de 34.114 personas mayores de 65 años de la Comunidad Autónoma de Extremadura, que representa el 21% de la población mayor de 65 años de la Comunidad, constituida por un total de 162.458 mayores de 65 años. Las personas fueron seleccionadas mediante muestreo sistemático (constante de muestreo=36) a partir del Padrón Municipal de Habitantes de 1991. Los datos fueron recogidos en el periodo comprendido entre enero y abril de 1999. Para la captación del paciente se realizó un máximo de 2 llamadas telefónicas en días y horarios diferentes en el plazo de dos semanas, estableciendo contacto con ellos y solicitando su colaboración. Con el fin de facilitar las respuestas al cuestionario, en el momento de concertar la cita, se le recordó al encuestado la necesidad de aportar los envases de los medicamentos que tomase habitualmente.

Entre las 960 personas seleccionadas, se realizaron un total de 752 entrevistas válidas. Las pérdidas fueron del 21,66% (n=208), tratándose principalmente el 10,20% (n=98) de pacientes no localizados por cambios de domicilio o errores

censales; en 23 ocasiones hubo una negativa por parte de la persona a participar en la entrevista (2,39%); otras causas fueron el fallecimiento antes de concertar la entrevista (4,37%; n=42) y en 45 ocasiones no se obtuvo respuesta con respecto a los datos correspondientes a la ingesta de fármacos (4,68%). De las respuestas obtenidas, en 6 casos se obtuvo la información del cuidador principal encargado de controlar el tratamiento del paciente. La tasa de repuesta fue del 94,35% excluyendo a los pacientes no localizados, los fallecidos y las negativas a contestar.

El cuestionario utilizado se estructura en 17 ítems cerrados que nos permiten obtener respuestas confirmatorias, desestimativas o clasificatorias ante una proposición. Se han incluido preguntas para la obtención de datos sobre la auto-percepción de salud, aspectos cualitativos y cuantitativos del régimen farmacológico (número de fármacos que consume el paciente y utilizando la Clasificación Anatómica de Medicamentos), datos sociodemográficos (edad, sexo, nivel de estudios), enfermedades crónicas con afectación de al menos 3 meses durante el último año y codificadas mediante la Clasificación Internacional de los Problemas de salud en Atención Primaria-CIPSAP2 definida, deficiencias sensoriales (dificultad visual y auditiva), frecuentación de los servicios sanitarios y la capacidad funcional física, psíquica y social.

Para valorar la capacidad física se utilizó el índice de Katz<sup>14</sup>: capacidad para realizar las actividades básicas de la vida diaria (bañarse, vestirse, ir al servicio, levantarse, contener esfínteres y alimentarse), valorando la dependencia o independencia en cada una de las actividades y considerando independiente al anciano cuando realiza la actividad sin supervisión, dirección o asistencia personal activa. Se determinó la capacidad para realizar actividades instrumentales de la vida diaria (usar el teléfono, ir de compras, preparar la comida, cuidar la casa, lavar la ropa, utilizar medios de transporte, responsabilizarse de la medicación y manejo del dinero) mediante el índice de Lawton y Brody<sup>15</sup>, valorando la independencia, la necesidad de cierta ayuda o de mucha ayuda. Las funciones intelectuales se analizaron mediante un minixamen cognitivo<sup>16</sup> (orientación, concentración, cálculo, memoria, lenguaje y construcción), para lo cual se utilizó el punto de corte establecido en pacientes geriátricos (23/24, corregido de forma proporcional en el caso de invidentes o analfabetos). El apoyo social se valoró a través del cuestionario de

Duke-UNC (modificado por Broadhead<sup>17</sup>) destinado a medir cualitativamente el apoyo social funcional en sus dimensiones confidencial y afectiva, considerando bajo apoyo social cuando la puntuación superó el percentil 75 de la distribución (las respuestas se midieron mediante la escala de Likert, de 1 a 5 puntos, correspondiendo las puntuaciones más elevadas a una menor percepción de apoyo). La existencia de un trastorno de tipo depresivo se determinó a través de la escala de depresión geriátrica de Yesavage<sup>18</sup>, situando el punto de corte en 14/15 para alcanzar unos valores de sensibilidad y especificidad del 80 y 100% respectivamente.

Los datos se introdujeron en una base de datos MS Access 97. En cuanto al análisis estadístico, se procesaron en el paquete estadístico SPSS-PC versión 8.0. En primer lugar se realizó un análisis estadístico descriptivo de cada variable y un análisis bivalente para estudiar la influencia de las distintas variables sobre la variable dependiente número de medicamentos consumidos regularmente por el anciano. Para la comparación de medias en grupos independientes se utilizó el test «t» de Student. Para la comparación de medias en más de dos grupos independientes se utilizó el análisis de la varianza ANOVA. Para analizar la influencia de las múltiples variables sobre el consumo elevado de medicamentos y detectar las variables que influyen en el resultado, se efectuó un análisis multivariante mediante el modelo de regresión logística «stepwise» a través del procedimiento Logistic Regression del sistema SPSS. En el modelo se introdujo como variable dependiente del consumo elevado de fármacos la ingesta de 4 ó más fármacos, de acuerdo con otros autores<sup>12</sup>, y como variables independientes todas aquellas que en el análisis bivariado fueron estadísticamente significativas. Los distintos resultados se expresan en porcentajes y en media±desviación estándar. El intervalo de confianza se expresa como IC. La magnitud de la asociación en la regresión logística se expresa como odds ratio (OR) en su intervalo de confianza del 95%.

## RESULTADOS

Las características sociodemográficas y variables introducidas para el estudio del grupo de ancianos seleccionados se muestran en la tabla 1. De los 752 entrevistados, un 49,7% son mujeres (n=364) y un 50,3% son hombres (n=368), siendo la edad media de la muestra 74,3 años (rango 65-93).

**Tabla 1**  
**Distribución de la muestra según las variables estudiadas**

<i>Distribución de la muestra</i>	<i>N.º</i>	<i>%</i>	<i>N.º de consumidores de 4 ó más fármacos (polifarmacia)</i>
<b>Sexo</b>			
Varones	378	50,03	51
Mujeres	374	49,7	86
<b>Edad (años)</b>			
65-74 a	351	46,7	51
75-84 a	319	42,4	70
85 ó más	82	10,9	16
<b>Estado Civil</b>			
Soltero	79	10,05	13
Casado	332	44,1	48
Viudo	327	43,5	73
Otros	14	1,9	3
<b>Nivel de instrucción</b>			
Nivel medio o superior	23	3,1	4
Estudios primarios	173	23,0	39
Analfabetos	169	22,05	38
Estudios primarios incompletos	358	47,6	52
No consta	29	3,9	4
<b>Categoría social (I: superior, V: inferior)</b>			
I, II y III	206	27,4	27
IV	326	43,4	45
V	220	29,3	65
<b>N.º de enfermedades crónicas</b>			
Ninguna	138	18,4	3
1 ó 2	456	60,6	66
3 ó más	158	21,0	68
<b>Autopercepción de salud</b>			
Muy buena/buena	378	50,3	39
Regular	277	36,8	62
Mala/muy mala	97	12,9	36
No consta			
<b>Contactos con los servicios sanitarios</b>			
Ninguno	149	19,8	5
1 ó 2	304	40,4	45
3 ó más	299	39,8	87
<b>Dificultad visual</b>			
Ninguna	269	35,8	40
Alguna	417	55,5	82
Bastante o no puede	66	8,8	15
No consta			
<b>Dificultad auditiva</b>			
Ninguna	473	62,9	76
Alguna	238	31,6	55
Bastante o no puede	41	5,5	6
No consta			

Tabla 1 (continuación)

Distribución de la muestra	N.º	%	N.º de consumidores de 4 ó más fármacos (polifarmacia)
<b>Deterioro cognitivo</b>			
Si	143	19,0	29
No	590	78,5	105
No consta	19	2,5	3
<b>Trastorno depresivo</b>			
Si	182	24,2	42
No	556	73,9	92
No consta	14	1,9	3
<b>Apoyo social</b>			
Alto	318	42,3	63
Medio	278	37,0	49
Bajo	136	18,1	25
No consta	20	2,7	
<b>Actividades básicas de la vida diaria</b>			
Independiente	608	80,9	92
Dependiente para una o más	139	18,5	42
No consta	5	0,7	3
<b>Actividades instrumentales de la vida diaria</b>			
Independiente	489	65,0	67
Necesita ayuda	211	28,1	55
Necesita mucha ayuda	51	6,8	15

La frecuentación de utilización de los servicios sanitarios de los entrevistados durante los 3 meses anteriores a la realización de la entrevista fue del 80,2% (n=603). La media de contactos con dichos servicios fue de 2,20±0,75 (rango 0-3; IC del 95%, 2,15-2,25). En lo que se refiere a las deficiencias sensoriales el 55,5% (n=417) manifestaba padecer dificultad visual y el 62,9% (n=473) manifestó no sufrir ningún tipo de dificultad auditiva (tabla 1). La capacidad funcional para realizar actividades instrumentales de la vida diaria según índice de Lawton y Brody resultó ser: independiente el 65,0% (n=489), necesitar cierta ayuda el 28,1% (n=211) y necesitar mucha ayuda el 6,8% (n=51). Al estudiar la capacidad física según el índice de Katz resultó ser independiente el 80,9% (n=608) y dependiente para una o más actividades el 18,5% (n=139). No se encontró diferencias entre sexos con la frecuentación de los servicios sanitarios, las deficiencias sensoriales y la capacidad física y funcional. La autopercepción de salud en la muestra estudiada fue buena/muy buena en un 50,3% (n=378) de los casos, regular en el 36,8% (n=277) y mala/muy mala en el 12,9% (n=97) de los casos (tabla 1), encontrándose un peor nivel de salud autopercebida en la mujer (p<0,05).

Los resultados correspondientes a la clasificación de los problemas de salud declarados con más frecuencia se muestran en la tabla 2. El número medio de enfermedades crónicas entre las personas ancianas encuestadas fue de 2,03±0,63 (IC del 95%, 1,98-2,07), que, distribuidos por sexos, corresponde a una media de 2,12±0,64 (IC del 95%;

Tabla 2

**Clasificación de los problemas de salud (CIPSAP-2 definida) declarados con más frecuencia por las personas ancianas**

Problema de salud	N.º	Porcentaje
Hipertensión arterial	324	43,1%
Artrosis	308	41,0%
Cataratas	185	24,6%
Cardiopatía Isquémica	180	23,9%
Diabetes	154	20,5%
EPOC	108	14,4%
Mal definido	101	13,4%
Enf. Cerebro Vascular	79	10,5%
Dislipemias	72	9,6%
Hernia de hiato	60	8,0%

\* El porcentaje se refiere al total de ancianos entrevistados.

2,06-2,19) para la mujer, superior a la obtenida en el hombre  $1,93 \pm 0,60$  (IC del 95%; 1,87-1,99). Destacan como enfermedades crónicas más prevalentes en el anciano la hipertensión arterial (43,1%; n=324) y la artrosis (41,0%; n=308).

Respecto a la ingesta de fármacos, el 91,62% (n=689) manifestó consumir algún medicamento de forma habitual. El consumo medio de fárma-

cos/día fue de  $2,259 \pm 1,434$  (rango 1-8; IC del 95%, 2,15-2,36); siendo superior en los que declaraban la existencia de cardiopatía isquémica ( $3,466 \pm 1,439$ ), enfermedades cerebro-vasculares ( $3,240 \pm 1,520$ ) y diabetes ( $3,090 \pm 1,411$ ). El 18,21% (n=137) de los ancianos consumía cuatro o más fármacos. En cuanto a la distribución por sexos, las mujeres son quienes más fármacos consumen al día, ( $2,438 \pm 1,438$ ; IC del 95%; 2,292-2,584) frente a

Tabla 3

Clasificación de los subgrupos terapéuticos más consumidos por los ancianos y su distribución por sexos

Medicamento	N.º	%	Hombres	Mujeres
Hipotensores	319	42,4%	152	167
Analgésicos	291	38,7%	121	170
Cardioterápicos	187	24,8%	94	93
Antiinflamatorios y antiartríticos no esteroideos.	180	23,9%	64	116
Antidiabéticos	153	20,3%	63	90
Antiácidos, antiflatulentos y antiúlceras péptica	152	20,2%	89	63
Antiasmáticos	115	15,3%	81	34
Vasodilatadores periféricos	108	14,4%	55	53
Psicolépticos	99	13,2%	27	72
Diuréticos	94	12,5%	40	54

\* El porcentaje se refiere al total de ancianos entrevistados.

los que consumen los hombres ( $2,082 \pm 1,409$ ; IC del 95%; 1,939-2,224) ( $p < 0,002$ ). Los subgrupos terapéuticos más utilizados y la distribución por sexo se muestran en la tabla 3.

El grupo de edad más avanzada es el que tiene un consumo de fármacos superior ( $p < 0,0001$ ). Los viudos consumen más fármacos que los solteros y casados ( $p < 0,05$ ) (tabla 4). El consumo de fármacos fue superior en aquellos ancianos con un nivel de instrucción inferior ( $p < 0,001$ ), que presentan déficit visual y auditivo ( $p < 0,0001$ ), peor situación social ( $p < 0,001$ ), mayor frecuentación de contactos con los servicios sanitarios ( $p < 0,0001$ ), mayor dependencia para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria ( $p < 0,0001$ ), peor nivel de salud autopercibida ( $p < 0,0001$ ), mayor número de enfermedades crónicas ( $p < 0,0001$ ) y existencia de trastornos depresivos ( $p = 0,004$ ). No se encontró relación significativa entre el número de fármacos consumidos y la existencia o no de déficit cognitivo y el nivel de apoyo social.

El análisis de regresión lineal simple entre el número de fármacos consumidos y las enferme-

dades crónicas muestra una relación positiva entre ambas variables ( $r = 0,518$ ,  $p < 0,0001$ ).

En lo que se refiere a la distribución por sexos del consumo de fármacos, obtenemos que las mujeres presentan un mayor consumo de antidiabéticos, analgésicos, hipotensores y antiinflamatorios-antiartríticos, con respecto a los hombres. Sin embargo, los hombres, presentan un mayor consumo de los subgrupos terapéuticos de antiácidos-antiflatulentos-antiulcerosos, y antiasmáticos.

En el análisis de regresión logística, introduciendo todas las variables estudiadas, hemos encontrado, de forma independiente, asociación de un consumo elevado de medicamentos (4 fármacos o más) con la edad (75 años o más; OR 1,1478), la presencia de tres o más enfermedades crónicas (OR 1,83) y el nivel de salud autopercibida mala o muy mala (OR 1,22) (tabla 5).

## DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos en este estudio se pueden considerar de alta fiabilidad, dado que la

**Tabla 4**

**Características generales del grupo de edad estudiado y valores medios del consumo de fármacos+Desviación estandar (DE) (N=752)**

<i>Distribución de la muestra</i>	<i>Consumo medio±D.E.</i>	<i>P</i>
<b>Sexo</b>		
Varones	2,082±1,409	ns
Mujeres	2,438±1,438	p<0,002
<b>Edad (años)</b>		
65-74 a	2,025±1,363	ns
75-84 a	2,448±1,401	ns
85 ó más	2,524±1,694	p<0,0001
<b>Estado Civil</b>		
Soltero	2,113±1,300	ns
Casado	2,096±1,333	ns
Viudo	2,467±1,524	p<0,005
Otros	2,071±1,774	ns
<b>Nivel de instrucción</b>		
Nivel medio o superior	2,391±1,671	ns
Estudios primarios	2,445±1,440	ns
Analfabetos	2,485±1,543	p<0,001
Estudios primarios incompletos	2,081±1,335	p<0,001
No consta	1,931±1,462	ns
<b>Categoría social (I: superior, V: inferior)</b>		
I, II y III	1,975±1,308	ns
IV	2,177±1,302	ns
V	2,645±1,579	p<0,001
<b>N.º de enfermedades crónicas</b>		
Ninguna	1,036±1,035	ns
1 ó 2	2,232±1,229	ns
3 ó más	3,405±1,373	p<0,0001
<b>Autopercepción de salud</b>		
Muy buena/buena	1,740±1,253	ns
Regular	2,700±1,348	ns
Mala/muy mala	3,020±1,229	p<0,0001
<b>Contactos con los servicios sanitarios</b>		
Ninguno	1,214±1,043	ns
1 ó 2	2,217±1,307	ns
3 ó más	2,822±1,427	p<0,0001
<b>Dificultad visual</b>		
Ninguna	1,924±1,379	ns
Alguna	2,402±1,444	p<0,0001
Bastante o no puede	2,697±1,369	p<0,0001
<b>Dificultad auditiva</b>		
Ninguna	2,148±1,406	ns
Alguna	2,479±1,511	p<0,0001
Bastante o no puede	2,268±1,140	ns
<b>Deterioro cognitivo</b>		
Si	2,377±1,578	ns
No	2,230±1,394	ns
No consta	2,263±1,557	ns

**Tabla 4 (continuación)**

<i>Distribución de la muestra</i>	<i>Consumo medio±D.E.</i>	<i>P</i>
<b>Trastorno depresivo</b>		
Si	2,522±1,518	p=0,004
No	2,167±1,392	ns
No consta	2,500±1,605	ns
<b>Apoyo social</b>		
Alto	2,374±1,480	ns
Medio	2,173±1,409	ns
Bajo	2,279±1,375	ns
No consta	1,450±1,145	ns
<b>Actividades básicas de la vida diaria</b>		
Independiente	2,102±1,317	ns
Dependiente para una o más	2,863±1,651	p<0,0001
No consta	---	---
<b>Actividades instrumentales de la vida diaria</b>		
Independiente	2,032±1,348	ns
Necesita ayuda	2,658±1,499	p<0,0001
Necesita mucha ayuda	2,769±1,516	p<0,0001

ns: no significativo.

**Tabla 5**

**Análisis de regresión logística con las variables asociadas a un mayor consumo de fármacos**

	<i>Coficiente beta</i>	<i>EE coef</i>	<i>OR</i>	<i>IC (95%)</i>	<i>P</i>
Edad: 75 ó más años	0,191	0,021	1,1478	1,02-1,41	0,0013
Número de enfermedades crónicas (≥ 3)	0,447	0,211	1,83	1,36-2,62	0,0297
Autopercepción de salud: Mala o muy mala	0,921	0,407	1,22	1,13-3,37	0,0098

\* OR: odds ratio e IC: intervalo de confianza del 95%.

entrevista fue personal, en el domicilio del sujeto y llevada a cabo por personal sanitario entrenado, lo que permite minimizar posibles sesgos de información como el de interpretación en la transcripción de la información obtenida. Para evitar errores inducidos por el entrevistador se realizó un continuo seguimiento de los entrevistadores. Sin embargo, los resultados deben interpretarse admitiendo las limitaciones que presenta el método de entrevista personal, así como la insuficiente validación del cuestionario, a pesar de haber incluido escalas validadas previamente por otros autores<sup>12,14-18</sup>.

Es de destacar el alto nivel de participación de la población en el estudio (94,35%), siendo las pérdidas similares a las estimadas al extraer la muestra y comparables a las descritas por otros autores<sup>12,19,20</sup>

En nuestro estudio, el 91,62% de los ancianos encuestados manifestó consumir algún medicamento de forma habitual, valor muy superior a los estimados por otros autores Vega et al (75,9%)<sup>21</sup>, Tomás et al (81,4%)<sup>22</sup>, López Torres et al (75,6%)<sup>12</sup>, Ministerio de Sanidad y Consumo (58%)<sup>1</sup>, Gabinete de Estudios Sociológicos Bernard Krief et al (65,7%)<sup>23</sup>, Subdirección General de Información Sanitaria y Epidemiología (67,6%)<sup>24</sup> y Consejería de Salud de la Comunidad de Madrid (91%)<sup>25</sup>.

El número medio de fármacos/día consumidos (2,259±1,434) fue superior al descrito por Vega et al<sup>21</sup> en 825 sujetos mayores de 60 años no institucionalizados en una zona rural, e inferior a los encontrados por López-Torres et al<sup>12</sup> en 787 personas mayores de 65 años no institucionalizadas, Tomás et al<sup>22</sup>, en 349 personas mayores de 65

años, y Arbas et al<sup>26</sup> en un análisis sobre el consumo de medicamentos en 246 pacientes mayores de 65 años no institucionalizados.

Sin embargo, nuestros resultados coinciden con los descritos por Segade et al<sup>27</sup>, Mata et al<sup>28</sup> y Zunzunegui et al<sup>29</sup>, que sitúan la media del consumo de fármacos en ancianos no institucionalizados en un rango entre 2 y 4 fármacos.

El mayor consumo de medicamentos en las mujeres podría corresponderse con el hecho de que la mujer presenta más polienfermedad que el varón y refiere un peor estado de salud respecto al que refieren los hombres. En nuestro estudio estos datos coinciden con los obtenidos por el Ministerio de Sanidad y Consumo<sup>30</sup> (Encuesta Nacional de Salud) y el Ministerio de Asuntos Sociales en un informe básico sobre la mujer y la salud en España<sup>31</sup>.

Los tres subgrupos terapéuticos más consumidos son hipotensores, analgésicos y cardioterápicos. Coincidiendo con Lázaro del Nogal<sup>32</sup>, en su estudio sobre el tratamiento del paciente anciano con problemas médicos múltiples, y con García Sierra et al<sup>33</sup> en un análisis sobre la relación entre Geriátrica y Medicina Primaria, los fármacos cardiovascularmente y analgésicos<sup>34</sup> ocupan siempre un lugar predominante.

En lo que se refiere al consumo de fármacos de dudosa eficacia terapéutica<sup>35</sup>, como son los vasodilatadores periféricos, nuestros resultados parecen reflejar un elevado consumo (14,4%; n=108), similares a los hallados por López-Torres et al<sup>12</sup> y el Ministerio de Asuntos Sociales: Instituto de la Mujer<sup>31</sup>.

La bibliografía, en general, considera polifarmacia el consumo de 4 o más medicamentos simultáneamente<sup>12,19,32,36-38</sup>, lo cual se asocia con una mala salud autopercebida<sup>22,26</sup>. En nuestro estudio, además, la polifarmacia se asocia con la edad (75 años o más) y la presencia de tres o más enfermedades crónicas, coincidiendo con López-Torres et al<sup>12</sup>.

Teniendo en cuenta que un 50% de los fármacos son consumidos por la población geriátrica<sup>12,39</sup>, nos parece alarmante que no existan más estudios sobre los efectos de los tratamientos en este grupo de edad. Este alto consumo observado por nosotros, está en relación probablemente con la coexistencia de varias enfermedades crónicas en el anciano (2,03±0,63), la alta prevalencia de las mismas (tabla 2). Aunque esta problemática

depende tanto de factores extrínsecos (prescripción) como de factores intrínsecos (especiales condiciones farmacodinámicas, farmacocinéticas, etc.), según nuestros resultados existen determinados condicionantes básicos y situaciones en la ancianidad como son la mala salud autopercebida, situación de viudedad, menor categoría social, menor nivel de instrucción, edad avanzada, deficiencias sensoriales y el mayor nivel de dependencia que se asocian con el consumo elevado de fármacos en el anciano, siendo interesante considerarlos e investigar más profundamente, con objeto de identificar aquellos ancianos con un elevado consumo de medicación. Por este motivo, pensamos que es imprescindible tener en cuenta la especial situación sociosanitaria del anciano y conjugar todo ello con los principios racionales de la prescripción en pacientes geriátricos<sup>32</sup>, para realizar una adecuada, lógica y conveniente valoración global de nuestros pacientes mayores de 65 años. Así mismo, nos parece importante reflexionar acerca del hecho de que uno de los predictores de mortalidad según Incalzi et al<sup>40</sup>, en su método de reconocimiento de pacientes geriátricos en riesgo de incapacidad y muerte, es el elevado consumo de medicamentos.

Por tanto, podemos concluir, participando con otros autores<sup>12,26</sup>, en la necesidad de incluir en los exámenes de salud de la población anciana, una revisión del consumo de medicación crónica y una revisión de la capacidad funcional, sobre todo en aquellos pacientes con una edad avanzada (75 años o más), que sufran tres o más enfermedades crónicas y que manifiesten un peor nivel de salud autopercebida, realizando además, una evaluación exhaustiva de las variables anteriormente citadas.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Instituto Nacional de Estadística. Proyecciones de la población de España calculadas a partir del Censo de Población de 1991. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 1995.
2. García B, Martínez J. Demografía de la vejez. En: Bazo MT, García B, Maiztegui C, Martínez J, editores. Envejecimiento y Sociedad: Una perspectiva internacional. 1.ª ed. Madrid: Panamericana; 1999. p. 17-44.
3. Fries JF, Levine S, Green LW. Health promotion and the compression of morbidity. *Lancet* 1989; 481-483.
4. Gómez de la Cámara A. Uso de los medicamentos en los ancianos. En: Fondo de Investigación Sanitaria. Epidemiología del envejecimiento. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1990. p. 109-117.

5. Ministerio de Sanidad y Consumo. Uso de medicamentos en la tercera edad. Situación en España. Madrid: EDIS; 1989.
6. Samsa GP, Hanlon JT, Schumader KE, Weinberger M, Clipp EC, Utretch KM et al. A summated score for the medication appropriateness index: development and assessment of clinimetric properties including content validity. *J Clin Epidemiol* 1994; 47: 891-896.
7. Pérez A. *Enfermería Geriátrica*. Madrid: Editorial Síntesis; 1995.
8. Lázaro del Nogal M, Ribera Casado JM. Tratamiento del paciente anciano con problemas médicos múltiples. *Inform Terap Sist Nac Salud* 1994; 18: 109-119.
9. Willcox SM, Himmelstein DU, Woolhandler S. Inappropriate drug prescribing for the community-dwelling elderly. *JAMA* 1994; 272: 292-296.
10. Nolan L, O'Malley K. Prescribing for the elderly. Adverse drug reaction in the elderly. *J Am Geriatr Soc* 1998; 36: 142-149.
11. Tregaskis B, Stevenson L. Pharmacokinetics in old age. *Br Med Bull* 1990; 46: 9-21.
12. López-Torres Hidalgo J, Cerdá Díaz R, Fernández Olano C, Requena Gallego M, Fernández Casadelrey C, Otero Puime A. Factores asociados al consumo de medicación crónica en personas ancianas. *Med Clin (Barc)* 1997; 108: 572-576.
13. Gurwith JH, Avorn J. The ambiguous relation between ageing and adverse drug reactions. *Ann Intern Med* 1991; 114: 956-966.
14. Cruz AJ. El índice de Katz. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1991; 26: 338-348.
15. Lawton MP, Brody EM. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. *Gerontologist* 1969; 9: 179-186.
16. Lobo A, Ezquerro J. El minixamen cognoscitivo. Un test sencillo, práctico, para detectar alteraciones intelectivas en pacientes médicos. *Act Luso-Españolas Neurol y Psiquiatr* 1979; 3: 189-202.
17. De la Revilla L, Bailón E, Luna JD, Delgado A, Prados MA, Fleitas L. Validación de una escala de apoyo social funcional para su uso en la consulta del médico de familia. *Aten Primaria* 1991; 8: 688-692.
18. Yesavage JA, Brang TL, Rose TL, Adey M. Development and validation of a geriatric depression rating scale. A preliminary record. *J Psych Res* 1983; 17: 37-49.
19. Prieto Lozano A, Wilke Trinxant A, Soldado Ordóñez C, Molineros Molins C, Gené Badia J. Uso racional de fármacos en el anciano. *Aten Primaria* 1997; 19: 96-100.
20. Le Jeunné C, Hugues FC. Interactions médicamenteuses et personnes âgées. *Thérapie* 1995; 50: 247-252.
21. Vega Quiroga S, López Gay L, Bermejo Pareja F, De la Rosa Gil L, De Bustos Tabernero M, Sampedro López MD, Fraile Jimeno M, Durán Parra F, Moreno Sobrino T, Gabriel Sánchez R. Consumo de fármacos en población mayor de 60 años en una zona rural. *Aten Primaria* 1996; 17: 496-500.
22. Tomás MT, Centelles F, Valero C, Alcalá A, Cerón A, Soler J, López M. Prescripción crónica de fármacos en pacientes geriátricos de un centro de salud urbano. *Aten Primaria* 1999; 23: 121-126.
23. Gabinete de Estudios Sociológicos Bernard Krief y Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Libro Blanco: el médico y la tercera edad. Madrid: Gabinete de Estudios Sociológicos Bernard Krief y Sociedad Española de Geriatria y Gerontología; 1986.
24. Subdirección General de Información Sanitaria y Epidemiología. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1989.
25. Consejería de Salud de la Comunidad de Madrid. Nuestros Mayores: Perfil Sociosanitario de la tercera edad en la Comunidad de Madrid: Servicio de Publicaciones. Serie Monografías n.º 2. Comunidad de Madrid: Consejería de Salud de la Comunidad de Madrid; 1989.
26. Arbas E, Garzón R, Suárez A, Buelga C, Pozo M, Comas A, Álvarez M, González-Nuevo JP, Penedo R, Plaza F. Consumo de medicamentos en mayores de 65 años: problemas potenciales y factores asociados. *Aten Primaria* 1998; 22: 165-170.
27. Segade Buceta XM, García Figueiras A, Cinos Ranos L, Casais Gude XL, Nieto Pol E, González Conde A et al. Patologías crónicas y gasto farmacéutico en mayores de 65 años. *Aten Primaria* 1992; 10: 613-615.
28. Mata M, Antoja P, Hernández J, Cano J, Ciurana R, De la Figura M et al. Estudio de la prescripción de fármacos por patologías crónicas en un centro de asistencia primaria. *Aten Primaria* 1990; 7: 119-126.
29. Zunzunegui MV, Bélaud F, Recalde JM. La utilización de medicamentos en las personas mayores que residen en su comunidad. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1997; 32: 109-115.
30. Ministerio de Sanidad y Consumo. Encuesta Nacional de Salud. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1989.
31. Ministerio de Asuntos Sociales. La mujer y la Salud en España. Informe Básico, vol 4:29. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales: Instituto de la Mujer; 1992.
32. Lázaro del Nogal M, Ribera JM. Tratamiento del paciente anciano con problemas médicos múltiples. *Inf Ter Sis Nac Salud* 1984; 18: 110-120.
33. García Sierra JL. Relación Geriatria-Medicina Primaria. *Rev Esp Geriatr Gerontol* 1991; 26: 323-326.
34. Osterlind PO, Bucht G, Linnarsson R. Drug consumption during the last decade among persons born in 1902 in Umea, Sweden. A longitudinal population study. *Drugs Ageing* 1991; 6: 477-486.
35. Kennedy JM, Bateman DN. Vasodilator Drugs, a negative index of prescribing quality? *Br J Clin Pharmacol* 1992; 34: 461.
36. Ministerio de Sanidad y Consumo. Indicaciones de calidad en la prescripción farmacológica. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo; 1993.
37. Cadioux RJ. Geriatric psychopharmacology. A primary care challenge. *Postgrad Med* 1993; 93: 281-301.
38. Cadime. Aproximación al tratamiento farmacológico de los ancianos. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 1996.
39. World Health Organization. Health Care in the Elderly: Report of Technical Group on Use of Medicaments by the Elderly. *Drugs* 1981; 22: 279-294.
40. Incalzi AR, Capparella O, Gemma A, Porcedda P, Raccis G, Sommella L et al. A simple method of recognizing geriatric patients at risk for death and disability. *J Am Geriatr Soc* 1992; 40: 34-38.

## ORIGINAL

## PREVENCIÓN DEL SIDA EN LA ESCUELA SECUNDARIA: RECOPIACIÓN Y VALORACIÓN DE PROGRAMAS \*

Susanna Fernández Costa (1), Olga Juárez Martínez (2) y Elia Díez David (3)

(1) Àmbit Prevenció

(2) Centro de Estudios para a la Prevención del Sida

(3) Instituto Municipal de Salud Pública de Barcelona

\* Este trabajo ha sido financiado parcialmente por el FIS (Expediente número 97/798).

## RESUMEN

**Fundamento:** En la última década se han editado en España numerosos programas escolares de prevención del sida en adolescentes. Este estudio pretende realizar una descripción y valoración de los mismos.

**Métodos:** Se incluyeron los programas específicos de prevención del sida o propuestas incluidas en programas de educación afectivo-sexual, dirigidos a la enseñanza secundaria y editados en España entre 1990 y 1997. Se recopilaron a través del contacto con responsables institucionales de la prevención del sida. Se elaboró una ficha descriptiva de cada programa y se valoró según el cumplimiento de algunos criterios de calidad (trabajo de habilidades preventivas, aplicación por profesores o iguales, metodología pedagógica activa y número de sesiones igual o superior a 4).

**Resultados:** Se incluyeron 19 programas. Un 74% (n=14) son programas de prevención del sida y un 26% (n=5) programas afectivo sexuales. Entre los primeros, un 57% trabaja habilidades preventivas, un 93% debe ser aplicado por profesores, el 100% propone una metodología activa y un 64% recomienda que se desarrolle en cuatro o más sesiones. Sólo uno de los programas afectivo-sexuales trabaja habilidades preventivas, todos indican su aplicación por los profesores y utilizan metodología activa y un 60% (n=3) recomienda ser aplicado en 4 o más sesiones.

**Conclusiones:** Casi todas las Comunidades Autónomas han desarrollado o adaptado materiales preventivos. Predominan los programas específicos de prevención del sida sobre los afectivos-sexuales. Los programas presentan en general buenas pautas metodológicas, aunque un porcentaje importante plantea intervenciones de poca intensidad o cortas y poco trabajo centrado en las habilidades preventivas. El trabajo por medio de iguales debería introducirse progresivamente en las propuestas.

**Palabras clave:** Adolescencia. Salud escolar. VIH. Sida. Prevención.

## ABSTRACT

## High School Aids Prevention Program Compilation &amp; Assessment

**Background:** In the past decade a number of school aids prevention programs addressed to adolescents have been published in Spain. This paper aims to compile, describe and assess these programs.

**Methods:** Aids prevention programs addressed to secondary school students which were published in Spain from 1990 to 1997 were included in the study. The collection of the programs was made by contacting aids prevention heads of national and regional governments. Each program was described in a standardized form and assessed according to the following quality criteria: preventive skills training, teachers or peer delivered, active pedagogical methodology, and at least administered along four sessions.

**Results:** 19 programs were included. Seventy-four percent (n=14) are specific aids prevention programs and 26% (n=5) sexual health programs. Among the aids programs, 57% include skills training, 93% are delivered by teachers, 100% propose active learning methodology and 64% are recommended to be developed in four or even more sessions. Only one of the sexual health programs includes skills training, all of them are delivered by teachers and use active learning methodology and 60% (n=3) are recommended to be applied in four or even more sessions.

**Conclusions:** Nearly all regional governments have developed or adapted secondary school preventive materials. Most of them are aids specific programs. They use active learning methodology and suitable providers, but an important percentage of the programs lack a higher number of sessions and skills training. Programs should include peer-delivered activities.

**Key words:** Adolescence, school, HIV/AIDS prevention.

Correspondencia:

Elia Díez

Institut Municipal de Salut Pública de Barcelona

Plaça Lesseps, 1

08023 Barcelona

Correo electrónico: ediez@imbs.bcn.es

## INTRODUCCIÓN

Aunque, como en el resto de países industrializados, la incidencia de sida se está reduciendo en los últimos años, España sigue siendo el país europeo con más afectados<sup>1</sup>. La infección por el VIH sigue siendo muy importante en nuestro medio, especialmente entre los adolescentes y adultos jóvenes<sup>1,2</sup>. La prevención de la infección por el virus del sida entre los jóvenes es todavía la herramienta fundamental para frenar la epidemia<sup>3</sup>.

Uno de los ámbitos idóneos para trabajar la prevención del sida con los adolescentes es la escuela, debido a su organización, sus recursos materiales y a la presencia de profesionales con formación para desarrollar esta tarea. Los docentes, además, conviven muchas horas con los jóvenes<sup>4</sup> y forman parte de sus modelos sociales. Por otra parte, los adolescentes pasan la mayor parte de su tiempo en los centros educativos e inician las relaciones interpersonales con sus iguales. En los últimos años, diferentes revisiones han permitido identificar un conjunto de características que facilitan el éxito en la aplicación de los programas preventivos<sup>5,6</sup>. En respuesta a la epidemia, se han desarrollado en todo el mundo gran cantidad de intervenciones preventivas en la escuela<sup>6</sup>.

Los objetivos del presente artículo son describir y valorar los programas educativos de prevención del sida dirigidos a la enseñanza secundaria que se han desarrollado en España.

## MATERIAL Y MÉTODOS

En la tabla 1 se presentan los criterios de inclusión de los programas. Se ha incorporado un ejemplar de los créditos variables *Cos, sexualitat i reproducció* (Cuerpo, sexualidad y reproducción) disponibles en Cataluña. Con la nueva estructura del sistema educativo en Cataluña, las asignaturas han pasado a ser áreas curriculares. La enseñanza en las diferentes áreas se organiza en créditos. Un crédito es una unidad didáctica que concreta un aprendizaje y que se imparte en un número de horas determinado. Los créditos comunes son obligatorios y se complementan con los variables que el alumno elige en función de la oferta del centro educativo. El crédito variable *Cos, sexualitat i reproducció* está adscrito al área curricular de ciencias de la naturaleza. Se ha revisado un único ejemplar porque todos los créditos con este título presentan una estructura y unos contenidos similares que responden a un

modelo normativo establecido por la Generalitat de Cataluña.

Tabla 1

### Criterios de inclusión de programas escolares de prevención de sida

- |    |  |
|----|--|
| 1. | Programas dirigidos a estudiantes de enseñanza secundaria obligatoria y post-obligatoria, profesores y comunidad escolar                 |
| 2. | Editados en España entre 1990 y 1997   |
| 3. | En cualquier lengua de las comunidades autónomas del estado  |
| 4. | Programas dirigidos específicamente a la prevención de sida o bien materiales de educación afectivo-sexual que incluyan el tema del sida |
| 5. | Que generen un trabajo en el aula superior a 30 minutos  |

En cuanto a los procedimientos, se utilizaron siete vías para la obtención de información sobre materiales susceptibles de ser incluidos en el estudio: 1) catálogos o revisiones anteriores<sup>7</sup>, 2) Centro de Investigación y Documentación Operativa del Ministerio de Educación y Ciencia, 3) centros de documentación como Sida-Studi e Idea Prevención, 4) coordinadores de los programas de prevención y control del sida de las Comunidades Autónomas (CCAA), 5) entidades y Organizaciones no gubernamentales (ONG's) de España<sup>8,9,10</sup>, 6) Centros de Recursos Pedagógicos de la ciudad de Barcelona, que disponen de «medioteca» dirigida a los profesores de primaria y secundaria y 7) responsables de la prevención del sida de los ayuntamientos del área metropolitana de Barcelona. Se exploraron las vías o entidades indicadas por todas las personas con las que se estableció contacto.

Se elaboró una base de datos con información obtenida sobre los programas a medida que se recibían. Se clasificaron en dos grupos: los programas de prevención del sida y los programas de educación afectivo-sexual que incluyen de forma explícita la prevención del sida en algún capítulo.

Para cada programa se elaboró una ficha descriptiva, con la información siguiente: título del programa, institución o entidad que lo publica, año de edición, idioma, población diana, objetivos y materiales. En esta ficha consta la población diaria tal y como se describe en el programa, lo que implica que, en algunos casos, los niveles corresponden al plan de estudios anterior a la re-

forma educativa. Cuando no se hace referencia explícita a los *objetivos* se infieren y, si son muy numerosos o extensos, se resumen. En el apartado de *materiales* se mencionan todos los documentos o materiales que constituyen el programa, así como los aspectos destacables del formato de presentación.

Se señalaron una serie de criterios para valorar la calidad de la intervención educativa, según algunos estudios que han identificado características de los programas que favorecen el éxito de la intervención<sup>3,5,6</sup>. Se seleccionaron los criterios de calidad expuestos en la tabla 2. Los programas se clasificaron en función del número de criterios cumplidos (0=no cumple ningún criterio, 1=cumple un criterio, 2=cumple dos criterios, 3=cumple tres criterios y 4=cumple todos los criterios). En los programas de educación afectivo-sexual se aplicaron los mismos criterios a los capítulos en los que se aborda la prevención del sida o el uso del preservativo.

Tabla 2

**Criterios de calidad de los programas escolares de prevención del sida**

- |    |   |
|----|---|
| 1. | Aspectos que se trabajan: información, actitudes y habilidades                      |
| 2. | Persona que aplica el programa: <i>profesor, igual</i> o personal externo al centro |
| 3. | Metodología <i>interactiva</i>  |
| 4. | Número de sesiones $\geq$ 4   |

(En cursiva los criterios que favorecen la eficacia de la intervención).

Por último, se describieron aquellos aspectos destacables y a mejorar de cada programa. Se consideraron aspectos destacables del programa la referencia a la realización de una evaluación y el haberse basado en un modelo teórico. La aplicabilidad del programa se estableció según las siguientes categorías excluyentes: a) programa completo: el programa posee suficiente calidad y cantidad de material para constituir una intervención preventiva sin el apoyo de otros materiales y b) material complementario: el programa se puede utilizar como complemento de otros programas, como introducción a un programa preventivo, para llevar a cabo acciones puntuales o como material de apoyo para que el profesor diseñe su propia intervención o programa.

Cada uno de los programas fue revisado individualmente por la autora principal de este ar-

tículo y al menos una de las coautoras. Se realizó un análisis de las discrepancias y sólo se incluyeron aquellas conclusiones a las que habían llegado al menos dos personas. Las autoras, dos psicólogas y una médica tienen experiencia en el desarrollo y evaluación de programas educativos de prevención del sida.

## RESULTADOS

La tabla 3 presenta una descripción básica de cada uno de los programas de prevención del sida y la tabla 4 de los programas afectivo-sexuales. La tabla 5 muestra el cumplimiento de los criterios que favorecen el éxito de la intervención y una valoración de los programas de prevención del sida y la tabla 6 de los programas afectivo-sexuales. En estas tablas también se ofrecen los aspectos destacables, los mejorables y la aplicabilidad de cada programa.

Se han incluido 19 programas. Un 74% son programas educativos de prevención del sida dirigidos a los alumnos y un 26% son programas de educación afectivo-sexual que incluyen, en parte, la prevención del sida.

### Programas de prevención del sida

Los programas de prevención del sida proceden de distintas CCAA. Cuatro de ellas han adoptado o realizado adaptaciones de materiales desarrollados en otras CCAA. A partir de 1995 ha crecido el número de publicaciones y en ese último período se han editado la mitad de los programas. El 93% de los programas se publicaron sólo en castellano o bien simultáneamente en castellano y otra lengua oficial. Un 93% especifica la edad o el nivel escolar de la población diana del programa. Entre los programas predominan los siguientes objetivos: informar sobre el sida, potenciar la solidaridad con los afectados y evitar la infección por el VIH. Todos los programas incluyen material para que el profesor lo aplique en el aula, pero únicamente un 57% de los programas ofrece materiales diseñados específicamente para el alumno. Aunque muchos de los programas están bien presentados y estructurados, sólo un 36% se ha editado en color.

Todos los programas trabajan determinantes como los conocimientos sobre la enfermedad y las actitudes, pero sólo un 57% trabaja las habilidades para la prevención de las conductas de riesgo. El 93% propone su aplicación por los pro-

Tabla 3

## Descripción de los programas de prevención del sida

<b>Guía de salud y desarrollo personal para trabajar con adolescentes</b> <sup>15</sup> Servicio Navarro de Salud (1995) Castellano	<b>Población diana:</b> alumnos de educación secundaria obligatoria <b>Objetivos:</b> trabajar aspectos personales, relaciones interpersonales y comunicación. Informar y trabajar actitudes y creencias sobre el sida <b>Materiales:</b> para el profesor. Edición en color. Estructurado
<b>La salud es una buena opción: tu decides. Material didáctico de educación para la salud</b> <sup>16</sup> Cruz Roja Juventud (1996) Castellano	<b>Población diana:</b> jóvenes <b>Objetivos:</b> prevenir riesgos asociados a las relaciones sexuales, evitar la infección por el VIH y fomentar la solidaridad con los afectados <b>Materiales:</b> para el monitor, para el joven y actividades para el trabajo grupal. Edición en color. Estructurado
<b>Material sobre sida</b> <sup>17</sup> Gobierno de Cantabria (1996) Castellano	<b>Población diana:</b> segundo ciclo de educación secundaria y bachillerato <b>Objetivos:</b> informar sobre el sida, adquirir actitudes solidarias y habilidades para afrontar situaciones de riesgo <b>Materiales:</b> para el profesor y para el alumno. Edición en color. Estructurado
<b>Material de prevención de sida</b> <sup>18,19</sup> Gobierno Balear (1993) Catalán y castellano	<b>Población diana:</b> estudiantes de FP, BUP y COU <b>Objetivos:</b> facilitar y homogeneizar la educación sobre el sida en los centros escolares <b>Materiales:</b> para el profesor, para el alumno (procedentes del País Vasco) y libro de preguntas y respuestas. Editado en papel reciclado. Estructurado
<b>O VIH/sida na comunidade escolar</b> <sup>20</sup> Xunta de Galicia (1995) Gallego	<b>Población diana:</b> alumnos de centros de enseñanza secundaria <b>Objetivos:</b> impedir la propagación del VIH entre los jóvenes y fomentar la solidaridad hacia los afectados <b>Materiales:</b> para el profesor, para el alumno, para los padres, normativa referente al sida, diapositivas y un video (procedente de la Generalitat de Catalunya). Edición en color. Estructurado
<b>Pla educatiu de prevenció de la sida</b> <sup>21</sup> Generalitat Valenciana (1994) Valenciano y castellano	<b>Población diana:</b> alumnos de 6.º, 7.º y 8.º de EGB, ESO, bachillerato, COU y FP <b>Objetivos:</b> ejercer conductas preventivas que eliminen prácticas de riesgo y desarrollar actitudes de solidaridad hacia los afectados <b>Materiales:</b> de presentación, para el profesor, fichas y hoja de evaluación
<b>PRESSEC (Prevenció de la sida des de l'escola secundària)</b> <sup>22</sup> Ayuntamiento de Barcelona y Centre d'Estudis per a la Prevenció de la Sida (1995) Catalán y castellano	<b>Población diana:</b> jóvenes escolarizados de 15 a 19 años <b>Objetivos:</b> reducir el riesgo de los alumnos de sufrir un embarazo no deseado, una infección por el VIH o otras infecciones de transmisión sexual <b>Materiales:</b> para el profesor y video. Estructurado
<b>Prevención del sida en los jóvenes</b> <sup>23</sup> Junta de Castilla y León (1993) Castellano	<b>Población diana:</b> segundo ciclo de educación secundaria y bachillerato. FP, BUP o cualquier etapa, mediante su adaptación <b>Objetivos:</b> adquirir hábitos que eliminen conductas de riesgo y crear un clima de solidaridad y tolerancia hacia la enfermedad <b>Materiales:</b> para el educador (procedente de la Región de Murcia), para el alumno (procedente del País Vasco), diapositivas y estudio «Sida y jóvenes». Edición en color. Estructurado
<b>Programa de información y educación sanitaria sobre sida</b> <sup>24,25,26</sup> Región de Murcia (1992) Castellano	<b>Población diana:</b> segundo ciclo de educación secundaria y bachillerato. FP, BUP o cualquier etapa, mediante su adaptación <b>Objetivos:</b> adquirir hábitos que eliminen conductas de riesgo y crear un clima de solidaridad y tolerancia hacia la enfermedad <b>Materiales:</b> para el educador, para el alumno y diapositivas. Edición en color. Estructurado
<b>Programa de prevención de embarazos no deseados y de sida dirigido a los alumnos de 2.º y 3.º de BUP/FP</b> <sup>27</sup> Gobierno de La Rioja (1993) Castellano	<b>Población diana:</b> alumnos de 2.º y 3.º de BUP <b>Objetivos:</b> adquirir conocimientos básicos sobre los riesgos asociados a la sexualidad, tomar decisiones informadas sobre el comportamiento personal para reducir el riesgo de embarazo e infección por el VIH <b>Materiales:</b> para el docente

Tabla 3 (continuación)

<p><b>Programa educativo de prevención de la infección por VIH/sida</b><sup>28,29,30</sup> Gobierno Vasco (1996) Castellano y vasco</p>	<p><b>Población diana:</b> BUP, COU y FP <b>Objetivos:</b> evitar la infección por el VIH, normalizar la convivencia con personas infectadas a través de la reflexión y trabajar el sexo seguro <b>Materiales:</b> para el profesor, para el alumno y vídeo. El programa ofrece distintas propuestas de intervención. Estructurado</p>
<p><b>Sida: guía del educador. Guía del alumno</b><sup>31</sup> Junta de Andalucía (1990) Castellano</p>	<p><b>Población diana:</b> FP, BUP i COU <b>Objetivos:</b> facilitar y homogeneizar la educación sobre el sida en los centros escolares <b>Materiales:</b> para el profesor y para el alumno (adaptados del materials del País Vasco). Edición en color. Estructurado</p>
<p><b>Sida i escola</b><sup>32</sup> UGT (1995) Catalán y castellano</p>	<p><b>Población diana:</b> preadolescentes de 12 a 14 años. También se puede aplicar fuera de la escuela <b>Objetivos:</b> establecer estrategias de información, prevención, educación y control del virus VIH, promover cambios en las actitudes y comportamientos, desarrollar la solidaridad y ofrecer una vida digna a los afectados <b>Materiales:</b> para el profesor y vídeo. Material en color. Estructurado</p>
<p><b>Sida: saber ayuda. Un programa educativo multidisciplinario para el conocimiento y la prevención del sida</b><sup>33</sup> Fundació La Caixa (1994) Catalán y castellano</p>	<p><b>Población diana:</b> alumnos de BUP, FP y segundo ciclo de ESO <b>Objetivos:</b> contextualizar el tema sida, comprender las diferentes situaciones que se producen, conocer las consecuencias, reflexionar sobre noticias e informar sobre las causas científicas y vías de contagio <b>Materiales:</b> para el profesor, materiales audiovisuales, pósters, material informático y propuestas teatrales. Material en color. Estructurado</p>

Tabla 4

## Descripción de los programas afectivo-sexuales que incluyen la prevención del sida

<p><b>Carpeta didáctica de Educación afectivo-sexual</b><sup>34</sup> Gobierno de Canarias (1994) Castellano</p>	<p><b>Población diana:</b> educación infantil, primaria y secundaria <b>Objetivos:</b> Usar los conocimientos en torno a la sexualidad, asumir actitudes de naturalidad, desarrollar y aplicar estrategias individuales y colectivas, y pautas propias de la investigación científica y social, desarrollar la autoestima, comprender y expresar mensajes relativos a la sexualidad y asumir una ética social <b>Materiales:</b> para el profesor y para los padres. Material en color</p>
<p><b>Cos, sexualitat i reproducció</b><sup>35</sup> Edicions Castellnou (1995) Catalán</p>	<p><b>Población diana:</b> alumnos de segundo ciclo de secundaria <b>Objetivos:</b> aproximar a la sexualidad desde diferentes puntos de vista, ayudar al adolescente a que se conozca mejor y a dar los primeros pasos como adulto <b>Materiales:</b> para el alumno. Crédito ajustado a la normativa curricular catalana. Material en color</p>
<p><b>Educación sanitaria sobre sexualidad para jóvenes</b><sup>36</sup> Ayuntamiento de Zaragoza (1991) Castellano</p>	<p><b>Población diana:</b> jóvenes escolarizados <b>Objetivos:</b> trabajar el descubrimiento de uno mismo, del otro y la sexualidad en nuestro medio <b>Materiales:</b> para el profesor, fichas didácticas, diccionario de sexualidad, juego de cartas y diapositivas. Material en color</p>
<p><b>Sexualitat i afectivitat</b><sup>37</sup> Diputació de Barcelona y Ayuntamiento del Prat de Llobregat (1995) Catalán</p>	<p><b>Población diana:</b> alumnos de 7.º y 8.º de EGB <b>Objetivos:</b> Generar actitudes positivas hacia la sexualidad y el propio cuerpo, aceptar la sexualidad escogida para mejorar la auto-estima y el respeto a los demás, prevenir el embarazo no deseado y otras enfermedades de transmisión sexual, conocer el sida, su transmisión y el uso del preservativo. <b>Materiales:</b> para el profesor. Estructurado</p>
<p><b>Sexualitat i afectivitat per a joves. Salut a l'escola</b><sup>38</sup> Diputació de Barcelona y Ayuntamiento de Santa Coloma de Gramenet (1995) Catalán</p>	<p><b>Población diana:</b> jóvenes escolarizados de 14 a 16 años. <b>Objetivos:</b> adquirir conocimientos sobre sexualidad, métodos anticonceptivos y preventivos. Trabajar distintos aspectos relacionados con la afectividad y los cambios sexuales en la adolescencia <b>Materiales:</b> para el profesor</p>

Tabla 5

## Cumplimiento de los criterios de calidad, calidad global y otras valoraciones sobre los programas de prevención del sida

	Cumplimiento de los criterios				Calidad global	Otras valoraciones
	Trabaja de-terminantes	Lo aplica el profesor	Metodología activa	N.º de sesiones ≥ 4		
Gobierno de Navarra, 1996	+	+	+	—	3	<b>Destaca:</b> actividades bien planteadas, metodología especificada, propone material complementario y trabaja otros temas de salud <b>A mejorar:</b> presenta pocas actividades específicas de sida, no indica número mínimo de sesiones <b>Aplicabilidad:</b> programa completo
Cruz Roja Juventud, 1996	+	—	+	+	3	<b>Destaca:</b> información aportada, mensajes persuasivos dirigidos al joven, presentación de las actividades (formato funcional, bien pautadas) y abordaje de otros temas <b>A mejorar:</b> orientaciones para su aplicación en el ámbito escolar, no especifica la edad o el nivel de la población diana <b>Aplicabilidad:</b> programa completo
Gobierno de Cantabria, 1996	+	+	+	—	3	<b>Destaca:</b> se trabajan habilidades de comunicación y negociación en el material para el alumno <b>A mejorar:</b> propone trabajar el tema de forma transversal, pero no orienta sobre cómo hacerlo, no indica número mínimo de sesiones <b>Aplicabilidad:</b> material complementario
Gobierno Balear, 1993	—	+	+	+	3	<b>Destaca:</b> las técnicas dinámicas para trabajar la solidaridad con los afectados <b>A mejorar:</b> el libro de preguntas y respuestas es antiguo y podría actualizarse, no trabaja las habilidades preventivas <b>Aplicabilidad:</b> material complementario
Xunta de Galicia, 1995	—	+	+	+	3	<b>Destaca:</b> inclusión de materiales para todos los miembros de la comunidad escolar, información sobre el sida correcta y actualizada <b>A mejorar:</b> no incluye una propuesta metodológica general ni estrategias educativas más dinámicas para trabajar aspectos del comportamiento personal <b>Aplicabilidad:</b> material complementario
Generalitat Valenciana, 1994	—	+	+	—	2	<b>Destaca:</b> el mapa conceptual y el mapa curricular por incluir aspectos relativos a las conductas y habilidades y las bases teóricas del plan <b>A mejorar:</b> no presenta muchas actividades diseñadas sino sólo un punto de partida, no indica número mínimo de sesiones <b>Aplicabilidad:</b> material complementario
Ayuntamiento de Barcelona y Centre d'Estudis per a la Prevenció de la Sida, 1995	+	+	+	+	4	<b>Destaca:</b> su base teórica, está evaluado, actividades sistemáticas planteadas a dos niveles (comportamientos de riesgo o comportamiento sexual) <b>A mejorar:</b> presentación <b>Aplicabilidad:</b> programa completo
Junta de Castilla y León, 1993	+	+	+	+	4	<b>Destaca:</b> el planteamiento didáctico, los recursos que ofrece al educador y la gran diversidad de actividades. Es amplio y adaptable a diferentes niveles <b>A mejorar:</b> poco trabajo de las habilidades preventivas <b>Aplicabilidad:</b> programa completo
Región de Murcia, 1992	+	+	+	+	4	<b>Destaca:</b> el planteamiento didáctico, los recursos que ofrece al educador y la gran diversidad de actividades. Es amplio y adaptable a diferentes niveles <b>A mejorar:</b> poco trabajo de las habilidades preventivas <b>Aplicabilidad:</b> programa completo
Gobierno de La Rioja, 1993	+	—	+	—	2	<b>Destaca:</b> objetivos, contenidos y metodología bien descritos a nivel general y en cada sesión. Está evaluado <b>A mejorar:</b> intervenciones puntuales en relación a los objetivos propuestos <b>Aplicabilidad:</b> material complementario

Tabla 5 (continuación)

	Cumplimiento de los criterios				Calidad global	Otras valoraciones
	Trabaja de-terminantes	Lo aplica el profesor	Metodología activa	N.º de sesiones ≥ 4		
Gobierno Vasco, 1996	+	+	+	+	4	<b>Destaca:</b> la actualización y nueva edición de materiales, las propuestas para trabajar el sexo seguro y la solidaridad <b>A mejorar:</b> no especifica la edad ni el nivel adecuado para cada una de las propuestas <b>Aplicabilidad:</b> programa completo
Junta de Andalucía, 1990	—	+	+	+	3	<b>Destaca:</b> propone técnicas dinámicas para trabajar la solidaridad con los afectados <b>A mejorar:</b> trabajar la adquisición de habilidades para prevenir conductas de riesgo <b>Aplicabilidad:</b> material complementario
Unión General de Trabajadores, 1995	—	+	+	+	3	<b>Destaca:</b> el planteamiento de los contenidos, la recopilación de direcciones y teléfonos y la bibliografía <b>A mejorar:</b> intervención en el aula y actividades <b>Aplicabilidad:</b> material complementario
Fundación La Caixa, 1994	—	+	+	—	2	<b>Destaca:</b> la cantidad y calidad de la información para el profesorado <b>A mejorar:</b> no trabaja la adquisición de habilidades para prevenir conductas de riesgo <b>Aplicabilidad:</b> material complementario

Tabla 6

Cumplimiento de los criterios de calidad, calidad global y otras valoraciones sobre los programas afectivo-sexuales

	Cumplimiento de los criterios				Calidad global	Otras valoraciones
	Trabaja de-terminantes	Lo aplica el profesor	Metodología activa	N.º de sesiones ≥ 4		
Gobierno de Canarias, 1994	+	+	+	—	3	<b>Destaca:</b> se interviene en todos los ciclos y toda la comunidad escolar, las propuestas se basan en situaciones cercanas. Se basa en un modelo teórico. <b>A mejorar:</b> no usa técnicas más dinámicas para trabajar las habilidades, no indica número mínimo de sesiones <b>Aplicabilidad:</b> material complementario
Edicions Castellnou, 1995	—	+	+	+	3	<b>Destaca:</b> las actividades (juegos de rol) que se proponen para trabajar la prevención de embarazos no deseados <b>A mejorar:</b> introduce el tema sida, pero no trabaja de forma más intensa su prevención <b>Utilidad:</b> material complementario
Ayuntamiento de Zaragoza, 1991	—	+	+	—	2	<b>Destaca:</b> la presentación de las fichas didácticas, la apuesta por técnicas dinámicas y las orientaciones que se ofrecen al profesor <b>A mejorar:</b> algunos párrafos relativos a la homosexualidad, no indica número mínimo de sesiones <b>Aplicabilidad:</b> material complementario
Diputación de Barcelona y Ayuntamiento del Prat de Llobregat, 1995	—	+	+	+	3	<b>Destaca:</b> los objetivos, contenidos y metodología en cada actividad están bien descritos, la propuesta se dirige a una población joven. Se ha evaluado la intervención <b>A mejorar:</b> orientaciones generales para desarrollar la intervención <b>Aplicabilidad:</b> material complementario
Diputación de Barcelona y Ayuntamiento de Santa Coloma de Gramenet, 1995	—	+	+	+	3	<b>Destaca:</b> las actividades (juegos de rol) que se proponen para trabajar la prevención de embarazos no deseados <b>A mejorar:</b> no trabaja la prevención del sida de forma intensa <b>Aplicabilidad:</b> material complementario

fesores y todos recomiendan que se utilice una metodología activa. Respecto al número de sesiones, el 64% indica que debe aplicarse en cuatro o más sesiones y el 36% indica menos de cuatro sesiones, no indica el número de sesiones deseables o bien lo deja a criterio del centro. Un 28% de los programas cumple todos los criterios de calidad y un 50% cumple tres criterios.

En el 21% de los programas se incluyen referencias a una evaluación de la aplicación del material y un 14% explicita que se basa en un modelo teórico de cambio conductual. Un 42% de los materiales se podría aplicar como programas completos.

### **Programas afectivo-sexuales**

Se han incluido 5 programas afectivo-sexuales. Cuatro de estos programas (80%) se publicaron entre 1994 y 1995. Tres de ellos (60%) se editaron en catalán y se dirigen a diferentes grupos de edad. Dos de los programas incluyen, entre sus objetivos generales, el trabajo de aspectos preventivos. El resto se centra en aspectos relacionados con la sexualidad y sólo uno incluye material específicamente diseñado para el alumno.

En cuanto a la calidad de la intervención educativa, cuatro programas (80%) ofrecen información sobre el sida y trabajan aspectos relacionados con las actitudes, pero solamente uno aborda directamente las habilidades para la prevención de las conductas de riesgo. Todos indican que deberían ser aplicados por los profesores y proponen una metodología activa. Tres programas (60%) proponen cuatro o más sesiones. Ninguno de estos programas cumple todos los criterios de calidad, aunque cuatro (80%) reúnen hasta tres de los criterios. Sólo uno de los cinco programas indica haberse basado en un modelo teórico de cambio conductual y haber sido evaluado. En cuanto a la aplicabilidad de estos programas, todos se podrían aplicar como material complementario a un programa de prevención del sida.

### **DISCUSIÓN**

Entre las limitaciones del estudio destaca un posible sesgo de selección, ya que las vías utilizadas para realizar la búsqueda de los programas no garantizan la exhaustividad de la compilación. Se recogieron programas procedentes de distintas CCAA, pero siempre a través del contacto

con los coordinadores de los planes de sida de cada una de ellas y con las principales entidades de prevención del sida. La búsqueda se enfatizó en Barcelona y en los principales municipios de su área metropolitana, ya que la institución patrocinadora consideró prioritario conocer los materiales que se estaban utilizando en éste área. El hecho de seleccionar sólo programas publicados en soporte de papel hace que otras propuestas interesantes no hayan sido incluidas en este artículo, aunque han sido igualmente compilados y valorados en otra publicación<sup>11</sup>. Por otra parte, hay que reconocer que los criterios de calidad seleccionados son únicamente una parte, aunque la más relevante, de los criterios favorecedores del éxito de la intervención educativa<sup>3,5,6</sup>. Otras características no contempladas podrían así mismo contribuir al éxito de la intervención como, por ejemplo, las características de la persona encargada de aplicar el programa o las de la población diana.

Es muy positivo que casi todas las CCAA posean un programa educativo de prevención del sida y que la mayor parte de ellos sean originales de la propia comunidad. Este hecho puede facilitar que las escuelas adopten los programas diseñados especialmente para ser aplicados en su medio. Otra opción utilizada por algunas CCAA consiste en adaptar un programa desarrollado en otro territorio, lo cual permite ofrecer una buena propuesta sin coste de desarrollo. El hecho de que muchos de los programas se hayan editado en castellano facilita que puedan ser utilizados como material complementario por otras localidades.

Un buen número de investigaciones muestra que el abordaje educativo de conocimientos de la enfermedad y las actitudes no es suficiente para promover conductas preventivas entre los jóvenes<sup>3,12</sup>. Aún así, los programas que se han centrado en estos aspectos han cumplido un papel en el proceso histórico de la prevención del sida entre los adolescentes, demostrando que el sida y su prevención pueden tratarse en la escuela sin herir la sensibilidad de los alumnos, de los padres, de los profesores y de la comunidad en general. Sin embargo, sólo un 57% de los programas trabaja aspectos relativos a la adquisición de habilidades para la prevención de conductas de riesgo y un porcentaje todavía menor centra sus objetivos en ello.

Es destacable que en casi todos los programas se recomiende que su aplicación sea llevada a cabo por los profesores, ya que las intervencio-

nes son más efectivas si son aplicadas por modelos próximos<sup>13</sup>. En muchos casos los promotores de los programas ofrecen al profesorado formación, apoyo durante la aplicación si es necesario y el desarrollo de algunas actividades complementarias fuera de la escuela, por ejemplo en el Centro de Planificación Familiar de su zona. Por otra parte, resulta algo sorprendente que hasta el momento ninguna de las intervenciones haya propuesto que su aplicación sea realizada por iguales o *peers*, cuando ésta es una técnica que gana adeptos en los últimos años<sup>14</sup>.

Otro aspecto a destacar de este estudio es la masiva recomendación de una metodología de intervención pedagógica activa, ya que el hecho de introducir los contenidos mediante una dinámica que potencie la participación de los alumnos favorece el éxito de la intervención<sup>12</sup>.

Otro de los aspectos relacionados con el éxito de la intervención consiste en superar un mínimo de sesiones<sup>12</sup>. Plantear la intervención en distintas sesiones permite un buen abordaje de todos los contenidos propuestos. Dejar un período de tiempo entre sesiones favorece la asimilación progresiva de los mismos, el cambio de actitudes y la consecución de los objetivos educativos.

Las características de calidad que menos se cumplen son el trabajo de las habilidades preventivas y el hecho de sugerir un mínimo de cuatro sesiones. Además de los parámetros utilizados para valorar la calidad de la intervención de los programas, varios estudios<sup>5,6</sup> señalan la necesidad de que los mismos se basen en un modelo teórico de cambio conductual y que se evalúen para demostrar su efectividad. La mayor parte de los programas recopilados no aportaba ninguna referencia explícita sobre estas dos cuestiones y por ello no pudieron utilizarse estos parámetros en la valoración. En los programas deberían mencionarse estas cuestiones y no solamente en publicaciones más técnicas, ya que muchos profesores poseen conocimientos sobre psicología y pedagogía y puede ayudarles a desarrollar mejor la intervención. Los aspectos destacables presentados por la mayoría de programas son la calidad de las actividades propuestas, el planteamiento didáctico ofrecido y la información aportada.

Respecto a los aspectos a mejorar, aquellos que más se repiten se refieren a la propuesta de intervención. Se sugiere llevar a cabo intervenciones más prolongadas, proponer un mayor número

de actividades o bien incorporar estrategias educativas más dinámicas.

Respecto a los programas de educación afectivo-sexual incluidos en el estudio, el hecho de que la mayoría estén editados en catalán indica que posiblemente se haya producido un sesgo de selección. Estos programas suelen proponer objetivos más generales e inespecíficos, relacionados con la educación afectivo-sexual. Estos objetivos facilitan la introducción del tema entre adolescentes más jóvenes. Sin embargo, es necesario plantearse objetivos que trabajen la prevención de embarazos no deseados desde un punto de vista más conductual. Al igual que en los programas de prevención del sida, pocos programas afectivo-sexuales trabajan directamente habilidades para la prevención de las conductas de riesgo. Otro de los aspectos que podría mejorar es el número de sesiones propuestas, ya que algunos programas no indican en cuantas se debería aplicar. Deberían dedicar más espacio a la prevención del sida y, en algún caso, modificar el planteamiento respecto a la homosexualidad. Todos los programas afectivo-sexuales se pueden aplicar como material complementario, concretamente como material introductorio, a un programa de prevención del sida.

En conclusión, cabe destacar el hecho de que en España se han editado numerosos programas educativos y casi todas las CCAA han editado alguno. Además, se observa mayor calidad en los programas más recientes. También se aprecia un incremento de los programas afectivo-sexuales. Sin embargo, pocos programas trabajan las habilidades relacionadas con la prevención de conductas de riesgo. Es necesario que aborden directamente este aspecto, ya que la fase informativa parece haber sido adecuadamente cubierta en nuestro país. Por otra parte, pocas propuestas refieren haber sido evaluadas y estar basadas en un modelo teórico de cambio conductual, aspectos que garantizan en gran medida la calidad de la intervención.

## AGRADECIMIENTOS

A los coordinadores de los programas de prevención y control del sida de las CCAA, a las entidades, ONGs y a los Centros de Recursos Pedagógicos de Barcelona que nos enviaron o cedieron de manera desinteresada sus materiales, a los Drs. Nebot y Villalbi por sus aporta-

ciones y al grupo técnico del Plan Nacional sobre el Sida.

## BIBLIOGRAFÍA

1. European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS. HIV/AIDS Surveillance in Europe. St. Maurice, France: European Centre for the Epidemiological Monitoring of AIDS. Quarterly Report; 1998.
2. Parras F. Epidemiología actual de la infección por VIH/sida. *Med* 1998; 7: 3861-7.
3. Grunseit A. Impact of HIV and sexual health education on the sexual behaviour of young people: a review update. Geneva: WHO/ UNAIDS; 1997.
4. Peersman G, Sogolow E, Harden A. HIV-prevention: effectiveness of interventions for young people (Protocol for a Cochrane Review. Oxford: The Cochrane Library (updated software), issue 1; 1999.
5. Oakley A, Fullerton D, Holland J. Behavioural interventions for HIV/AIDS prevention. *AIDS* 1995. 9: 479-86.
6. Juárez O, Díez E. Prevención del sida en adolescentes escolarizados: una revisión sistemática de la efectividad de las intervenciones. *Gac Sanit* 1999.13: 150-62.
7. Higuera C, Manuel A. Catálogo de material didáctico sobre VIH/sida. Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública; 1996.
8. Who is who. Organizations for AIDS prevention among youth in Europe. Woerden: NIGZ; 1996.
9. Domínguez C, Gil F, García JA. Guía de recursos FASE. Madrid: Fundación Anti-Sida de España; 1996.
10. Brugal T, Caylá J, Díez E, Galdós-Tangüis H, García de Olalla P, Jansá JM, Nebot M, Torralba L, Villalbi JR. Un pla de prevenció i control de la sida per a Barcelona. Barcelona: Ajuntament de Barcelona; 1998.
11. Fernández S, Díez E, Juárez O, Nebot M, Villalbi JR. Catàleg de recursos educatius de prevenció de la sida. Barcelona: Ajuntament de Barcelona; 1998.
12. Kirby D, Short L, Collins J, Rugg D, Kolbe LI, Howard M y cols. School-based programs to reduce sexual risk behaviors: a review of effectiveness. *Public Health Rep* 1994. 109: 339-60.
13. Bandura A. Pensamiento y acción. Fundamentos sociales. Barcelona: Martínez Roca; 1990.
14. Svenson G et al. Annotated bibliography about youth AIDS peer education in Europe. European Commission; 1998.
15. Ansa A, Bégue C, Cabodevilla I, Echaurren M, Encaje S, Montero MJ, Segura M, Zubizarreta B. Guía de salud y desarrollo personal para trabajar con adolescentes. Pamplona: Gobierno de Navarra; 1995.
16. Cárdenas C. La salud es una buena opción. Decide tú. Madrid: Cruz Roja Juventud; 1996.
17. Gobierno de Cantabria. ¿Sida? Manual escolar y Sida: programa educativo para profesores. Santander: Gobierno de Cantabria; 1996.
18. García A. Sida: guía del educador y Sida: guía del alumno. Palma de Mallorca: Govern Balear; 1993.
19. Gobierno Balear, Asociación Ciudadana Antisida de Palma. Cien preguntas y respuestas sobre el sida. Palma de Mallorca: Gobierno Balear; 1991.
20. Xunta de Galicia O VIH/sida na comunidade escolar. La Coruña: Xunta de Galicia; 1995.
21. Gómez L. Pla educatiu de prevenció de la sida. Valencia: Generalitat Valenciana; 1994.
22. Juárez O, Díez E. Prevenció de la sida a l'escola secundària. Barcelona: Ajuntament de Barcelona; 1995.
23. Junta de Castilla y León. Educación para la salud en enseñanza secundaria. Prevención de sida en los jóvenes. Valladolid: Junta de Castilla y León; 1994.
24. Ordoñana JR, Gutiérrez JJ, Martínez PA, Miranda P, Orenes C, Pagán FA, Ramos FB. Educación para la salud en enseñanza secundaria: sida. Murcia: Región de Murcia; 1992.
25. Región de Murcia. Sida: programa de información y educación sanitaria sobre sida. Murcia: Región de Murcia; 1994.
26. Sección de Educación para la Salud. Sida: Información para el alumno. Murcia: Región de Murcia; 1992.
27. Gobierno de la Rioja. Programa de prevención de embarazos no deseados y de sida dirigido a los alumnos y alumnas de 2.º BUP/FP y de 3.º BUP/FP. Logroño: Gobierno de la Rioja; 1993.
28. Gobierno Vasco. Sida: guía del educador. Donostia: Gobierno Vasco; 1996.
29. Urzelai A, Sierra J, Urturi M, Díaz de Cerio R. V.O. versión original para todos los públicos. Sexo seguro: guía de trabajo. Donostia: Gobierno Vasco; 1995.
30. Gobierno Vasco. Yo y yo: convivir con personas afectadas por el VIH. Donostia: Gobierno Vasco; 1996.
31. Junta de Andalucía. Sida: guía del alumno y guía del educador. Sevilla: Junta de Andalucía; 1990.
32. Unión General de Trabajadores. Sida i escola. Barcelona: Associació INNOVA; 1995.
33. Fundació La Caixa. Sida: saber ajuda. Programa educatiu multidisciplinari per al coneixement i la prevenció de la sida. Barcelona: Fundació La Caixa; 1994.
34. Bolaños MC, González MD, Jiménez M, Ramos ME, Rodríguez MI. Carpeta didáctica de educación afectivo-sexual. Santa Cruz de Tenerife: Gobierno de Canarias; 1994.
35. Domingo A, Espinet B, Font P, De Manuel J. Cos, sexualitat i reproducció. Barcelona: Edicions Castellnou; 1995.
36. Jimeno A, Álvarez C, Rodríguez P, Jiménez JL. Educación sanitaria sobre sexualidad para jóvenes. Zaragoza: Ayuntamiento de Zaragoza; 1991.
37. Aramburu P, Julià E. Sexualitat i afectivitat. Barcelona: Diputació de Barcelona; 1995.
38. Calero, M, Palma C. Sexualitat i afectivitat per a joves. Barcelona: Ajuntament de Santa Coloma de Gramanet y Diputació de Barcelona; 1997.

# REVISTA ESPAÑOLA DE SALUD PÚBLICA

## AÑO 1999 - VOLUMEN 73

### ÍNDICE DE MATERIAS

#### ADOLESCENCIA

Ejercicio físico y hábitos alimentarios: un estudio en adolescentes de Cádiz. Rodríguez Martín A, Martínez Nieto JM, Novalbos Ruíz JP, Ruíz Jiménez MA, Cano Fernández C y Chocrón González Y. 73 (1):81-87\*.

Actividades extraescolares de los adolescentes útiles para programas de prevención del tabaquismo. López González ML, López T, Comas Fuentes A, Herrero Puente P, González Blázquez J, Cueto Espinar A et al. 73 (3) 343-353\*.

La alimentación de los escolares de trece años del municipio de Zaragoza. Díaz Grávalos GJ, Casado Górriz MR y Casado Górriz I. 73(4): 497-506\*.

Prevención de sida en la escuela secundaria: una recopilación valorativa. Fernández Costa S, Juárez Martínez O y Díez David E. 73 (6): 687-696\*.

#### ALCOHOL

Actividades extraescolares de los adolescentes útiles para programas de prevención del tabaquismo. López González ML, López T, Comas Fuentes A, Herrero Puente P, González Blázquez J, Cueto Espinar A et al. 73 (3) 343-353\*.

#### ALIMENTOS, ESTUDIOS

Ejercicio físico y hábitos alimentarios: un estudio en adolescentes de Cádiz. Rodríguez Martín A, Martínez Nieto JM, Novalbos Ruíz JP, Ruíz Jiménez MA, Cano Fernández C y Chocrón González Y. 73 (1):81-87\*.

La alimentación de los escolares de trece años del municipio de Zaragoza. Díaz Grávalos GJ, Casado Górriz MR y Casado Górriz I. 73(4): 497-506\*.

#### ANCIANOS

Toma de decisiones clínicas y situación funcional en geriatría. ¿Existe una relación? Solano Jaurrieta JJ, López Álvarez E, Melón Lozano O y Virgós Soriano MJ. 73 (3) 407-411 CD.

Estudio de salud de las personas mayores en Extremadura: consumo de fármacos y patologías crónicas más frecuentes. Pedreira Zamorano JD, Canal Macías ML, Lavado García JM, Postigo Mota S, Sánchez Belda M y Durán González N. 73 (6): 677-686\*.

#### ANDALUCÍA

Opinión de los veterinarios de atención primaria de Andalucía sobre la gestión de su ejercicio profesional. Conti Cuesta F, Baena Parejo MI y Pinzón Pulido SA. 73 (5): 563-576\*.

#### ANOMALÍAS CONGÉNITAS

El conjunto mínimo básico de datos al alta hospitalaria como fuente de información para el estudio de las anomalías congénitas. Alba Moratilla N, García García AM y Benavides FG. 73 (1): 61-71\*.

#### ANOREXIA NERVIOSA

Ejercicio físico y hábitos alimentarios: un estudio en adolescentes de Cádiz. Rodríguez Martín A, Martínez Nieto JM, Novalbos Ruíz JP, Ruíz Jiménez MA, Cano Fernández C y Chocrón González Y. 73 (1):81-87\*.

#### ASTURIAS

Estudio multicéntrico EMECAM sobre contaminación ambiental. Rev Esp Salud Pública 1999; 73: 105-322.

#### ATENCIÓN ESPECIALIZADA

Caracterización de la cirugía mayor ambulatoria en un hospital general básico. Fernández Torres B, García Ortega C, Márquez Espinós C y Fontán Atalaya IM. 73 (1): 71-80\*.

Gestión Diaria del Hospital. MA Asenjo MA, Bohigas LL, Trijlla A y Prat A. 73 (3) 417-419 RE.

#### ATENCIÓN PRIMARIA

Opinión de los veterinarios de atención primaria de Andalucía sobre la gestión de su ejercicio profesional. Conti Cuesta F, Baena Parejo MI y Pinzón Pulido SA. 73 (5): 563-576\*.

#### ABREVIATURAS:

CD: Carta al Director

CE: Colaboración Especial

E: Editorial

\*: Original

## ATENCIÓN SANITARIA

- Humano ¿demasiado humano? Pérez Andrés C.73 (1): 1-2 E.  
Estudio multicéntrico EMECAM sobre contaminación ambiental. Rev Esp Salud Pública 1999; 73: 105-322.  
Toma de decisiones clínicas y situación funcional en geriatría. ¿Existe una relación? Solano Jaurrieta JJ, López Álvarez E, Melón Lozano O y Virgós Soriano MJ. 73 (3) 407-411 CD.

## BARCELONA

- Estudio multicéntrico EMECAM sobre contaminación ambiental. Rev Esp Salud Pública 1999; 73: 105-322.

## BILBAO

- Estudio multicéntrico EMECAM sobre contaminación ambiental. Rev Esp Salud Pública 1999; 73: 105-322.

## BROTE EPIDÉMICO

- Brote de shigellosis en un barrio de nivel social bajo. Chover Lara JL, Camaró Sala ML, Gallego Cruz M, Peñalver Blasco MC, Salazar Cifre A y Segarra Martínez C. 73 (3) 393-401\*.  
Efectividad comunitaria de las vacunas frente a la parotiditis infecciosa. Estudio de casos. Limón Mora J, Molina Pérez T y Domínguez Camacho JC. 73 (4):449-459\*.

## CALIDAD DE VIDA

- Evaluación de las propiedades psicométricas de la versión española del *Rotterdam Symptom Checklist* para medir calidad de vida en pacientes oncológicos. Agra Varela, Y. 73 (1): 35-44\*.

## CÁNCER

- Evaluación de las propiedades psicométricas de la versión española del *Rotterdam Symptom Checklist* para medir calidad de vida en pacientes oncológicos. Agra Varela, Y. 73 (1): 35-44\*.  
Conocimientos, creencias y actitudes de la población femenina de Mallorca respecto al cáncer. Cabeza E, Catalán G, Avellá A, Llobera J y Pons O. 73(4):485-495\*.

## CAPACIDAD FUNCIONAL

- Toma de decisiones clínicas y situación funcional en geriatría. ¿Existe una relación? Solano Jaurrieta JJ, López Álvarez E, Melón Lozano O y Virgós Soriano MJ. 73 (3) 407-411 CD.  
Estudio de salud de las personas mayores en Extremadura: consumo de fármacos y patologías crónicas más frecuentes. Pedra Zamorano JD, Canal Macías ML, Lavado García JM, Postigo Mota S, Sánchez Belda M y Durán González N. 73 (6): 677-686\*.

## CARDIOPATÍA ISQUÉMICA

- Evolución de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares en la provincia de Toledo, 1975-1994. Alonso Prieto I y Puchades Belenguier MJ. 73 (3) 365-373\*.

## CARTAGENA

- Estudio multicéntrico EMECAM sobre contaminación ambiental. Rev Esp Salud Pública 1999; 73: 105-322.

## CASTELLÓN

- Estudio multicéntrico EMECAM sobre contaminación ambiental. Rev Esp Salud Pública 1999; 73: 105-322.

## CATALUÑA

- Estrategias para la eliminación del sarampión en la Comunidad Autónoma de Cataluña. Salleras Sanmarti L. 73 (5): 619-627 CE.  
Cumplimiento y percepción del consentimiento informado en un sector sanitario de Cataluña. Guix Oliver J, Balañá Fort LL, Carbonell Riera JM, Simón Pérez R, Surroca Maciá RM y Nualart Berbel LL. 73 (6): 669-675\*.

## CIRUGÍA AMBULATORIA

- Caracterización de la cirugía mayor ambulatoria en un hospital general básico. Fernández Torres B, García Ortega C, Márquez Espinós C y Fontán Atalaya IM. 73 (1): 71-80\*.

## CLASIFICACIÓN INTERNACIONAL DE ENFERMEDADES

- Estudio multicéntrico EMECAM sobre contaminación ambiental. Rev Esp Salud Pública 1999; 73: 105-322.  
Evaluación médica y psicosocial de una población adulta con discapacidad intelectual. Almenara Barrios J, García González-Gordon R, Novalbos Ruiz JP, Merello Martel B, Abellán Hervás MJ y García Ortega C. 73 (3) 383-392\*.

## COLESTEROL

- La prevención secundaria de la enfermedad cardiovascular es prioritaria pero resulta insuficiente. Rodríguez Artalejo F. 73(4): 435-437 E

## COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

- Estudio multicéntrico EMECAM sobre contaminación ambiental. Rev Esp Salud Pública 1999; 73: 105-322.

## CONFIDENCIALIDAD

- Coughlin SS (ed), Soskolne CL (ed), Goodman K. Case Studies in Public Health Ethics. American Public Health Association. 73 (1): 89-90 RE.

## CONJUNTO MÍNIMO BÁSICO DE DATOS

- El conjunto mínimo básico de datos al alta hospitalaria como fuente de información para el estudio de las anomalías congénitas. Alba Moratilla N, García García AM y Benavides FG. 73 (1): 61-71\*.  
Caracterización de la cirugía mayor ambulatoria en un hospital general básico. Fernández Torres B, García Ortega C, Márquez Espinós C y Fontán Atalaya IM. 73 (1): 71-80\*.

## CONSENTIMIENTO INFORMADO

- Coughlin SS (ed), Soskolne CL (ed), Goodman K. Case Studies in Public Health Ethics. American Public Health Association. 73 (1): 89-90 RE.  
Cumplimiento y percepción del consentimiento informado en un sector sanitario de Cataluña. Guix Oliver J, Balañá Fort LL, Carbonell Riera JM, Simón Pérez R, Surroca Maciá RM y Nualart Berbel LL. 73 (6):\*.

## COSTE EFECTIVIDAD

- La prevención secundaria de la enfermedad cardiovascular es prioritaria pero resulta insuficiente. Rodríguez Artalejo F. 73(4): 435-437 E

## CONTAMINACIÓN AMBIENTAL

- Estudio multicéntrico EMECAM sobre contaminación ambiental. Rev Esp Salud Pública 1999; 73: 105-322.

**DERECHOS HUMANOS**

Humano ¿demasiado humano? Pérez Andrés C. 73 (1): 1-2 E.  
Coughlin SS (ed), Soskolne CL (ed), Goodman K. Case Studies in Public Health Ethics. American Public Health Association. 73 (1): 89-90 RE.

**DIETA**

La alimentación de los escolares de trece años del municipio de Zaragoza. Díaz Grávalos GJ, Casado Górriz MR y Casado Górriz I. 73(4): 497-506\*.

**DISENTERÍA BACILAR**

Brote de shigellosis en un barrio de nivel social bajo. Chover Lara JL, Camaró Sala ML, Gallego Cruz M, Peñalver Blasco MC, Salazar Cifre A y Segarra Martínez C. 73 (3) 393-401\*.

**DRUGAS**

Prevalencia de la infección tuberculosa y por el VIH en los usuarios de un programa de reducción de riesgos para usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP). Álvarez Rodríguez M y Godoy García P. 73 (3) 375-381\*.

**ECONOMÍA DE LA SALUD**

El ejercicio de la medicina en el contexto médico-social del año 2000. Cervera Soto S y Viñes Rueda JJ. 73 (1): 13-24 CE.

**EDUCACIÓN PARA LA SALUD**

Actividades extraescolares de los adolescentes útiles para programas de prevención del tabaquismo. López González ML, López T, Comas Fuentes A, Herrero Puente P, González Blázquez J, Cueto Espinar A et al. 73 (3) 343-353\*.

La alimentación de los escolares de trece años del municipio de Zaragoza. Díaz Grávalos GJ, Casado Górriz MR y Casado Górriz I. 73(4): 497-506\*.

**EFFECTIVIDAD**

Efectividad comunitaria de las vacunas frente a la parotiditis infecciosa. Estudio de casos. Limón Mora J, Molina Pérez T y Domínguez Camacho JC. 73 (4):449-459\*.

**EFEECTO COHORTE**

Efecto de cohorte en la evolución de la mortalidad por enfermedad de la motoneurona en España, 1951-1992. Llorca Díez J, Prieto Salcedo MD y Delgado Rodríguez M. 73(4): 477-484\*.

**EFICACIA**

Efectividad comunitaria de las vacunas frente a la parotiditis infecciosa. Estudio de casos. Limón Mora J, Molina Pérez T y Domínguez Camacho JC. 73 (4):449-459\*.

**EJERCICIO FÍSICO**

Ejercicio físico y hábitos alimentarios: un estudio en adolescentes de Cádiz. Rodríguez Martín A, Martínez Nieto JM, Novalbos Ruiz JP, Ruiz Jiménez MA, Cano Fernández C y Chocrón González Y. 73 (1):81-87\*.

Actividades extraescolares de los adolescentes útiles para programas de prevención del tabaquismo. López González ML, López T, Comas Fuentes A, Herrero Puente P, González Blázquez J, Cueto Espinar A et al. 73 (3) 343-353\*.

Reactividad cardiovascular y factores de riesgo cardiovascular en individuos normotensos del municipio de Rodas, Cienfuegos. Benet Rodríguez M, Apollinaire Pinnini JJ, González Leiva J, Yanes Nuñez AJ y Fernández Urquizar M. 73 (5):577-584\*.

va J, Yanes Nuñez AJ y Fernández Urquizar M. 73 (5):577-584\*.

**ENCUESTA**

Evaluación de las propiedades psicométricas de la versión española del *Rotterdam Symptom Checklist* para medir calidad de vida en pacientes oncológicos. Agra Varela, Y. 73 (1): 35-44\*.

**ENFERMEDADES CARDIOVASCULARES**

Evaluación de las propiedades psicométricas de la versión española del *Rotterdam Symptom Checklist* para medir calidad de vida en pacientes oncológicos. Agra Varela, Y. 73 (1): 35-44\*.

Estudio multicéntrico EMECAM sobre contaminación ambiental. Rev Esp Salud Pública 1999; 73: 105-322.

Evolución de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares en la provincia de Toledo, 1975-1994. Alonso Prieto I y Puchades Belenguer MJ. 73 (3) 365-373\*.

La prevención secundaria de la enfermedad cardiovascular es prioritaria pero resulta insuficiente. Rodríguez Artalejo F. 73(4): 435-437 E.

Reactividad cardiovascular y factores de riesgo cardiovascular en individuos normotensos del municipio de Rodas, Cienfuegos. Benet Rodríguez M, Apollinaire Pinnini JJ, González Leiva J, Yanes Nuñez AJ y Fernández Urquizar M. 73 (5):577-584\*.

**ENFERMEDADES CRÓNICAS**

Evaluación médica y psicosocial de una población adulta con discapacidad intelectual. Almenara Barrios J, García González-Gordon R, Novalbos Ruiz JP, Morello Martel B, Abellán Hervás MJ y García Ortega C. 73 (3) 383-392\*.

Efecto de cohorte en la evolución de la mortalidad por enfermedad de la motoneurona en España, 1951-1992. Llorca Díez J, Prieto Salcedo MD y Delgado Rodríguez M. 73(4): 477-484\*.

Estudio de salud de las personas mayores en Extremadura: consumo de fármacos y patologías crónicas más frecuentes. Pedreira Zamorano JD, Canal Macías ML, Lavado García JM, Postigo Mota S, Sánchez Belda M y Durán González N. 73 (6): 677-686\*.

**ENFERMEDAD DE LA NEURONA MOTORA**

Efecto de cohorte en la evolución de la mortalidad por enfermedad de la motoneurona en España, 1951-1992. Llorca Díez J, Prieto Salcedo MD y Delgado Rodríguez M. 73(4): 477-484\*.

**ENFERMEDADES TRANSMISIBLES**

Estudio multicéntrico EMECAM sobre contaminación ambiental. Rev Esp Salud Pública 1999; 73: 105-322.

Prevalencia de la infección tuberculosa y por el VIH en los usuarios de un programa de reducción de riesgos para usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP). Álvarez Rodríguez M y Godoy García P. 73 (3) 375-381\*.

Brote de shigellosis en un barrio de nivel social bajo. Chover Lara JL, Camaró Sala ML, Gallego Cruz M, Peñalver Blasco MC, Salazar Cifre A y Segarra Martínez C. 73 (3) 393-401\*.

Tuberculosis en Huesca. Aplicación del método captura-recaptura. Pérez Ciordia I, Castanera Moros A y Ferrero Cáncer M. 73 (3) 403-406 CD.

Efectividad comunitaria de las vacunas frente a la parotiditis infecciosa. Estudio de casos. Limón Mora J, Molina Pérez T y Domínguez Camacho JC. 73 (4):449-459\*.

Actividades de la eliminación del sarampión en la Américas. Quadros C de. 73 (5): 589-596 CE.

Estrategias de eliminación del sarampión en el mundo. Olivé JM. 73 (5): 597-603 CE.

Epidemiología molecular del virus del sarampión. Fernández Muñoz R. 73 (5): 605-608 CE.

Situación del sarampión en España: Estudio seroepidemiológico. Pachón del Amo I. 73 (5): 609-616 CE.

Cobertura vacunal en España. de la Torre Misiengo JL. 73 (5): 617-618 CE.

Estrategias en la Comunidad Autónoma de Cataluña. Salleras Sanmartí LL. 73 (5): 619-627 CE.

Estrategias en la Comunidad Autónoma de Galicia. Farjas Abadía P. 73 (5): 629-633 CE.

Estrategias de Diagnóstico en España. Echevarría Mayo JE. 73 (5): 635-638 CE.

Planteamiento de síntesis. Amela Herías C. 73 (5): 639-643 CE.

La erradicación del sarampión. Organización Panamericana de la Salud. 73 (5): 645 RB.

Hantavirus en las Américas: guía para el diagnóstico, el tratamiento, la prevención y el control. Organización Panamericana de la Salud. 73 (5): 647 RB.

#### ENFERMERÍA

Prevalencia de consumo de tabaco entre las medicas y enfermeras de la Comunidad de Madrid. Fernandez Ruiz M.<sup>a</sup>L y Sánchez Bayle. 73 (3) 355-364\*.

#### ENSAYO CLÍNICO

Evolución de los diseños epidemiológicos de la investigación clínica en España (1975-1994). Aibar Remón C, Rabanaque MJ, Álvarez Dardet C, Nolasco A, Moncho J y Gascón E. 73(4): 439-447\*.

#### ESCUELA

Ejercicio físico y hábitos alimentarios: un estudio en adolescentes de Cádiz. Rodríguez Martín A, Martínez Nieto JM, Novillos Ruiz JP, Ruiz Jiménez MA, Cano Fernández C y Chocrón González Y. 73 (1):81-87\*.

Actividades extraescolares de los adolescentes útiles para programas de prevención del tabaquismo. López González ML, López T, Comas Fuentes A, Herrero Puente P, González Blázquez J, Cueto Espinar A et al. 73 (3) 343-353\*.

Prevención de sida en la escuela secundaria: una recopilación valorativa. Fernández Costa S, Juárez Martínez O y Díez Davida E. 73 (6): 687-696 \*

#### ESPAÑA

Estudio multicéntrico EMECAM sobre contaminación ambiental. Rev Esp Salud Pública 1999; 73: 105-322.

La investigación sobre tabaquismo en España. Álvarez Requero A. 73(3):329-332 E.

#### ÉTICA

El ejercicio de la medicina en el contexto médico-social del año 2000. Cervera Soto S y Viñes Rueda JJ. 73 (1): 13-24 CE.

Coughlin SS (cd), Soskolne CL (cd), Goodman K. Case Studies in Public Health Ethics. American Public Health Association. 73 (1): 89-90 RE.

#### EVALUACIÓN

Evaluación de las actividades de lucha contra el tabaco. Experiencias y principios orientadores. C Chollat-Traquet. Organización Mundial de la Salud. 73 (3) 413-415 RE.

Validez del protocolo de adecuación de urgencias hospitalarias. Sempere Selva T, Peiró S, Sendra Pina P, Martínez Espín C y López Aguilera I. 73(4): 461-475\*.

Programas de prevención de sida en la escuela secundaria: una recopilación valorativa. Fernández Costa S, Juárez Martínez O y Díez David E. 73 (6): 687-696\*.

#### EVIDENCIA CIENTÍFICA

El ejercicio de la medicina en el contexto médico-social del año 2000. Cervera Soto S y Viñes Rueda JJ. 73 (1): 13-24 CE.

#### EXTREMADURA

Estudio de salud de las personas mayores en Extremadura: consumo de fármacos y patologías crónicas más frecuentes. Pedreira Zamorano JD, Canal Macías ML, Lavado García JM, Postigo Mota S, Sánchez Belda M y Durán González N. 73 (6): 677-686\*.

#### FACTORES DE RIESGO

Conocimientos, creencias y actitudes de la población femenina de Mallorca respecto al cáncer. Cabeza E, Catalán G, Avellá A, Llobera J y Pons O. 73(4):485-495\*.

#### FORMACIÓN PROFESIONAL

Gestión Diaria del Hospital. MA Asenjo MA, Bohigas LL, Trilla A y Prat A. 73 (3) 417-419 RE.

#### GALICIA

Estrategias, para la eliminación del sarampión en la Comunidad Autónoma de Galicia. Farjas Abadía P. 73 (5): 629-633 CE.

#### GERIATRÍA

Toma de decisiones clínicas y situación funcional en geriatría. ¿Existe una relación? Solano Jaurrieta JJ, López Álvarez E, Melón Lozano O y Virgós Soriano MJ. 73 (3) 407-411 CD.

Estudio de salud de las personas mayores en Extremadura: consumo de fármacos y patologías crónicas más frecuentes. Pedreira Zamorano JD, Canal Macías ML, Lavado García JM, Postigo Mota S, Sánchez Belda M y Durán González N. 73 (6): 677-686\*.

#### GESTIÓN SANITARIA

Gestión Diaria del Hospital. MA Asenjo MA, Bohigas LL, Trilla A y Prat A. 73 (3) 417-419 RE.

#### GRIPE

Estudio multicéntrico EMECAM sobre contaminación ambiental. Rev Esp Salud Pública 1999; 73: 105-322.

#### GRUPOS DIAGNÓSTICOS RELACIONADOS

Caracterización de la cirugía mayor ambulatoria en un hospital general básico. Fernández Torres B, García Ortega C, Márquez Espinós C y Fontán Atalaya IM. 73 (1): 71-80\*.

#### HÁBITOS SALUDABLES

Ejercicio físico y hábitos alimentarios: un estudio en adolescentes de Cádiz. Rodríguez Martín A, Martínez Nieto JM, No-

valbos Ruiz JP, Ruíz Jiménez MA, Cano Fernández C y Chocrón González Y. 73 (1):81-87 \*.

### HANTAVIRUS

Hantavirus en las Américas: guía para el diagnóstico, el tratamiento, la prevención y el control. Organización Panamericana de la Salud. 73 (5): 647 RB.

### HIPERTENSIÓN ARTERIAL

Reactividad cardiovascular y factores de riesgo cardiovascular en individuos normotensos del municipio de Rodas, Cienfuegos. Benet Rodríguez M, Apollinaire Pinnini JJ, González Leiva J, Yanes Nuñez AJ y Fernández Urquizar M. 73 (5):577-584\*.

### HOSPITAL

Evaluación de las propiedades psicométricas de la versión española del *Rotterdam Symptom Checklist* para medir calidad de vida en pacientes oncológicos. Agra Varela, Y. 73 (1): 35-44 \*.

El conjunto mínimo básico de datos al alta hospitalaria como fuente de información para el estudio de las anomalías congénitas. Alba Moratilla N, García García AM y Benavides FG. 73 (1): 61-71 \*.

Caracterización de la cirugía mayor ambulatoria en un hospital general básico. Fernández Torres B, García Ortega C, Márquez Espinós C y Fontán Atalaya IM. 73 (1): 71-80 \*.

Gestión Diaria del Hospital. MA Asenjo MA, Bohigas LL, Trilla A y Prat A. 73 (3) 417-419 RE.

Validez del protocolo de adecuación de urgencias hospitalarias. Sempere Selva T, Peiró S, Sendra Pina P, Martínez Espín C y López Aguilera I. 73(4): 461-475\*.

Cumplimiento y percepción del consentimiento informado en un sector sanitario de Cataluña. Guix Oliver J, Balañá Fort LL, Carbonell Ricra JM, Simón Pérez R, Surroca Maciá RM y Nualart Berbel LL. 73 (6): 669-675 \*.

### HUELVA

Estudio multicéntrico EMECAM sobre contaminación ambiental. Rev Esp Salud Pública 1999; 73: 105-322.

### HUESCA

Tuberculosis en Huesca. Aplicación del método captura-recaptura. Pérez Ciordia I, Castanera Moros A y Ferrero Cáncer M. 73 (3) 403-406 CD.

### ÍNDICE DE BARTHEL

Toma de decisiones clínicas y situación funcional en geriatría. ¿Existe una relación? Solano Jaurieta JJ, López Álvarez E, Melón Lozano O y Virgós Soriano MJ. 73 (3) 407-411 CD.

### INFANCIA

El conjunto mínimo básico de datos al alta hospitalaria como fuente de información para el estudio de las anomalías congénitas. Alba Moratilla N, García García AM y Benavides FG. 73 (1): 61-71 \*.

### INTOXICACIONES

Reacciones adversas y problemas relacionados con medicamentos en un servicio de urgencias. Güemes Artilles M, Sanz Álvarez EJ y García Sánchez-Colomer M. 73(4):505-514\*.

### INVESTIGACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

Coughlin SS (ed), Soskolne CL (ed), Goodman K. Case Studies in Public Health Ethics. American Public Health Association. 73 (1): 89-90 RE.

La investigación sobre tabaquismo en España. Álvarez Requejo A. 73(3):329-332 E.

Metodología empleada en los artículos originales publicados sobre tabaquismo en cuatro revistas médicas españolas, (1985-1996). García López JA. 73 (3) 333-341\*

Evaluación médica y psicosocial de una población adulta con discapacidad intelectual. Almenara Barrios J, García González-Gordon R, Novalbos Ruiz JP, Merello Martel B, Abellán Hervás MJ y García Ortega C. 73 (3) 383-392\*.

Evolución de los diseños epidemiológicos de la investigación clínica en España (1975-1994). Aibar Remón C, Rabanaque MJ, Álvarez Dardet C, Nolasco A, Moncho J y Gascón E. 73(4): 439-447\*.

Reacciones adversas y problemas relacionados con medicamentos en un servicio de urgencias. Güemes Artilles M, Sanz Álvarez EJ y García Sánchez-Colomer M. 73(4):505-514\*.

### INTERNET

La Revista Española de Salud Pública en la Biblioteca Virtual Scielo. Pérez Andrés C. 73 (6): 665-668 E.

### LATINOAMÉRICA

El índice bibliográfico español en ciencias de la salud. La cooperación con latinoamérica. Veiga de Cabo J. 73 (5): 529-532 E.

### MEDICAMENTOS

Reacciones adversas y problemas relacionados con medicamentos en un servicio de urgencias. Güemes Artilles M, Sanz Álvarez EJ y García Sánchez-Colomer M. 73(4):505-514\*.

Estudio de salud de las personas mayores en Extremadura: consumo de fármacos y patologías crónicas más frecuentes. Pedraza Zamorano JD, Canal Macías ML, Lavado García JM, Postigo Mota S, Sánchez Belda M y Durán González N. 73 (6): 677-686 \*.

### MEDICINA BASADA EN LA EVIDENCIA

La prevención secundaria de la enfermedad cardiovascular es prioritaria pero resulta insuficiente. Rodríguez Artalejo F. 73(4): 435-437 E.

Evolución de los diseños epidemiológicos de la investigación clínica en España (1975-1994). Aibar Remón C, Rabanaque MJ, Álvarez Dardet C, Nolasco A, Moncho J y Gascón E. 73(4): 439-447\*.

### MEDIO AMBIENTE

Estudio multicéntrico EMECAM sobre contaminación ambiental. Rev Esp Salud Pública 1999; 73: 105-322.

Evaluación médica y psicosocial de una población adulta con discapacidad intelectual. Almenara Barrios J, García González-Gordon R, Novalbos Ruiz JP, Merello Martel B, Abellán Hervás MJ y García Ortega C. 73 (3) 383-392\*.

### MODELOS ARIMA

Evaluación de las propiedades psicométricas de la versión española del *Rotterdam Symptom Checklist* para medir calidad de vida en pacientes oncológicos. Agra Varela, Y. 73 (1): 35-44 \*.

### MORBILIDAD

Evaluación médica y psicosocial de una población adulta con discapacidad intelectual. Almenara Barrios J, García González-Gordon R, Novalbos Ruiz JP, Merello Martel B, Abellán Hervás MJ y García Ortega C. 73 (3) 383-392\*.

### MORTALIDAD

Estudio multicéntrico EMECAM sobre contaminación ambiental. Rev Esp Salud Pública 1999; 73: 105-322.

Evolución de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares en la provincia de Toledo, 1975-1994. Alonso Prieto I y Puchades Belenguér MJ. 73 (3) 365-373\*.

Efecto de cohorte en la evolución de la mortalidad por enfermedad de la motoneurona en España, 1951-1992. Llorca Díez J, Prieto Salcedo MD y Delgado Rodríguez M. 73(4): 477-484\*.

Supervivencia con tuberculosis infectados por VIH. Estudio de los fallecimientos en los primeros nueve meses. Falqués Casanovas M, Langohr K, Gómez Melis G, García de Olalla Rizo P, Jansá López del Vallado JM y Caylá Buqueras JA. 73 (5): 549-562\*.

### NUTRICIÓN

La alimentación de los escolares de trece años del municipio de Zaragoza. Díaz Grávalos GJ, Casado Górriz MR y Casado Górriz I. 73(4): 497-506\*.

### OBESIDAD

Reactividad cardiovascular y factores de riesgo cardiovascular en individuos normotensos del municipio de Rodas, Cienfuegos. Benet Rodríguez M, Apollinaire Pinnini JJ, González Leiva J, Yanes Nuñez AJ y Fernández Urquizar M. 73 (5):577-584\*.

### ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD

Evaluación de las actividades de lucha contra el tabaco. Experiencias y principios orientadores. C Chollat-Traquet. Organización Mundial de la Salud. 73 (3) 413-415 RE.

### ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD

El índice bibliográfico español en ciencias de la salud. La cooperación con latinoamérica. Veiga de Cabo J. 73 (5): 529-532 E.

La erradicación del sarampión. Organización Panamericana de la Salud. 73 (5): 645 RB.

Hantavirus en las Américas: guía para el diagnóstico, el tratamiento, la prevención y el control. Organización Panamericana de la Salud. 73 (5): 647 RB.

La Revista Española de Salud Pública en la Biblioteca Virtual Scielo. Pérez Andrés C. 73 (6): 665-668 E.

### PAMPLONA

Estudio multicéntrico EMECAM sobre contaminación ambiental. Rev Esp Salud Pública 1999; 73: 105-322.

### PAROTIDITIS

Efectividad comunitaria de las vacunas frente a la parotiditis infecciosa. Estudio de casos. Limón Mora J, Molina Pérez T y Domínguez Camacho JC. 73 (4):449-459\*.

### PERSONAL SANITARIO

Prevalencia de consumo de tabaco entre las medicas y enfermeras de la Comunidad de Madrid. Fernández Ruiz M.ªL y Sánchez Bayle. 73 (3) 355-364\*.

Opinión de los veterinarios de atención primaria de Andalucía sobre la gestión de su ejercicio profesional. Contí Cuesta F, Baena Parejo MI y Pinzón Pulido SA. 73 (5): 563-576\*.

### POLÍTICAS SANITARIAS

El ejercicio de la medicina en el contexto médico-social del año 2000. Cervera Soto S y Viñes Rueda JJ. 73 (1): 13-24 CE.

### PREVENCIÓN

Actividades extracolegiales de los adolescentes útiles para programas de prevención del tabaquismo. López González ML, López T, Comas Fuentes A, Herrero Puente P, González Blázquez J, Cueto Espinar A et al. 73 (3) 343-353\*.

Evaluación de las actividades de lucha contra el tabaco. Experiencias y principios orientadores. C Chollat-Traquet. Organización Mundial de la Salud. 73 (3) 413-415 RE.

Conocimientos, creencias y actitudes de la población femenina de Mallorca respecto al cáncer. Cabeza E, Catalán G, Avellá A, Llobera J y Pons O. 73(4):485-495\*.

Programas de prevención de sida en la escuela secundaria: una recopilación valorativa. Fernández Costa S, Juárez Martínez O y Díez David E. 73 (6): 687-696\*.

### PRISIÓN

Prevalencia de la infección tuberculosa y por el VIH en los usuarios de un programa de reducción de riesgos para usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP). Álvarez Rodríguez M y Godoy García P. 73 (3) 375-381\*.

### PROMOCIÓN DE LA SALUD

Evaluación de las actividades de lucha contra el tabaco. Experiencias y principios orientadores. C Chollat-Traquet. Organización Mundial de la Salud. 73 (3) 413-415 RE.

### REACCIONES ADVERSAS

Reacciones adversas y problemas relacionados con medicamentos en un servicio de urgencias. Güemes Artilles M, Sanz Álvarez EJ y García Sánchez-Colomer M. 73(4):505-514\*.

### RETRASO MENTAL

Evaluación médica y psicosocial de una población adulta con discapacidad intelectual. Almenara Barrios J, García González-Gordon R, Novalbos Ruiz JP, Merello Martel B, Abellán Hervás MJ y García Ortega C. 73 (3) 383-392\*.

### REVISTAS CIENTÍFICAS

Humano ¿demasiado humano? Pérez Andrés C.73 (1): 1-2 E. Metodología empleada en los artículos originales publicados sobre tabaquismo en cuatro revistas médicas españolas. (1985-1996). García López JA. 73 (3) 333-341\*

Evolución de los diseños epidemiológicos de la investigación clínica en España (1975-1994). Aibar Remón C, Rabanaque MJ, Álvarez Dardet C, Nolasco A, Moncho J y Gascón E. 73(4): 439-447\*.

El índice bibliográfico español en ciencias de la salud. La cooperación con Latinoamérica. Veiga de Cabo J. 73 (5): 529-532 E.

La Revista Española de Salud Pública en la Biblioteca Virtual Scielo. Pérez Andrés C. 73 (6): 665-668 E.

**SALUD ESCOLAR**

Actividades extraescolares de los adolescentes útiles para programas de prevención del tabaquismo. López González ML, López T, Comas Fuentes A, Herrero Puente P, González Blázquez J, Cueto Espinar A et al. 73 (3) 343-353\*.

La alimentación de los escolares de trece años del municipio de Zaragoza. Díaz Grávalos GJ, Casado Góriz MR y Casado Góriz I. 73(4): 497-506\*.

Programas de prevención de sida en la escuela secundaria: una recopilación valorativa. Fernández Costa S, Juárez Martínez O y Díez David E. 73 (6): 687-696\*.

**SALUD Y MUJER**

Las mujeres y el tabaco en la Unión Europea. Joossens L, Sascó A, Salvador T y Villalbí JR. 73 (1): 3-11 CE

Prevalencia de consumo de tabaco entre las medicas y enfermeras de la Comunidad de Madrid. Fernández Ruiz M.ªL y Sánchez Bayle. 73 (3) 355-364\*.

Conocimientos, creencias y actitudes de la población femenina de Mallorca respecto al cáncer. Cabeza E, Catalán G, Avellá A, Llobera J y Pons O. 73(4):485-495\*.

**SALUD PÚBLICA**

Coughlin SS (ed), Soskolne CL (ed), Goodman K. Case Studies in Public Health Ethics. American Public Health Association. 73 (1): 89-90 RE.

**SARAMPiÓN**

Actividades de la eliminación del sarampión en la América. Quadrós C de. 73 (5): 589-596 CE.

Estrategias de eliminación del sarampión en el mundo. Olivé JM. 73 (5): 597-603 CE.

Epidemiología molecular del virus del sarampión. Fernández Muñoz R. 73 (5): 605-608 CE.

Situación del sarampión en España: Estudio seroepidemiológico. Pachón del Amo I. 73 (5): 609-616 CE.

Cobertura vacunal en España, de la Torre Misiego JL. 73 (5): 617-618 CE.

Estrategias en la Comunidad Autónoma de Cataluña. Salleras Sanmartí LL. 73 (5): 619-627 CE.

Estrategias en la Comunidad Autónoma de Galicia. Farjas Abadía P. 73 (5): 629-633 CE.

Estrategias de Diagnóstico en España. Echevarría Mayo JE. 73 (5): 635-638 CE.

Planteamiento de síntesis. Amela Herías C. 73 (5): 639-643 CE.

La erradicación del sarampión. Organización Panamericana de la Salud. 73 (5): 645 RB.

**SATISFACCIÓN PROFESIONAL**

Opinión de los veterinarios de atención primaria de Andalucía sobre la gestión de su ejercicio profesional. Conti Cuesta F, Baena Parejo MI y Pinzón Pulido SA. 73 (5): 563-576\*.

**SERIES TEMPORALES**

Evaluación de las propiedades psicométricas de la versión española del *Rotterdam Symptom Checklist* para medir calidad de vida en pacientes oncológicos. Agra Varela, Y. 73 (1): 35-44\*.

Estudio multicéntrico EMECAM sobre contaminación ambiental. Rev Esp Salud Pública 1999; 73: 105-322.

**SEVILLA**

Estudio multicéntrico EMECAM sobre contaminación ambiental. Rev Esp Salud Pública 1999; 73: 105-322.

**SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA**

El control de la tuberculosis en relación con la epidemia de sida. Parras Vázquez F. 73(5): 533-547 CE.

Supervivencia con tuberculosis infectados por VIH. Estudio de los fallecimientos en los primeros nueve meses. Falqués Casanovas M, Langohr K, Gómez Melis G, García de Olalla Rizo P, Jansá López del Vallado JM y Caylá Buqueras JA. 73 (5): 549-562\*.

Programas de prevención de sida en la escuela secundaria: una recopilación valorativa. Fernández Costa S, Juárez Martínez O y Díez David E. 73 (6):\*.

**SISTEMAS DE INFORMACIÓN**

El conjunto mínimo básico de datos al alta hospitalaria como fuente de información para el estudio de las anomalías congénitas. Alba Moratilla N, García García AM y Benavides FG. 73 (1): 61-71\*.

Caracterización de la cirugía mayor ambulatoria en un hospital general básico. Fernández Torres B, García Ortega C, Márquez Espinós C y Fontán Atalaya IM. 73 (1): 71-80\*.

Validez del protocolo de adecuación de urgencias hospitalarias. Sempere Selva T, Peiró S, Sendra Pina P, Martínez Espin C y López Aguilera I. 73(4): 461-475\*.

Reacciones adversas y problemas relacionados con medicamentos en un servicio de urgencias. Güemes Artilles M, Sanz Álvarez EJ y García Sánchez-Colomer M. 73(4):505-514\*.

**SISTEMAS DE REGISTRO**

Cumplimiento y percepción del consentimiento informado en un sector sanitario de Cataluña. Guix Oliver J, Balaña Fort LL, Carbonell Riera JM, Simón Pérez R, Surroca Maciá RM y Nualart Berbel LL. 73 (6): 669-675\*.

**TABACO**

Las mujeres y el tabaco en la Unión Europea. Joossens L, Sascó A, Salvador T y Villalbí JR. 73 (1): 3-11 CE.

La investigación sobre tabaquismo en España. Álvarez Requejo A. 73(3):329-332 E.

Actividades extraescolares de los adolescentes útiles para programas de prevención del tabaquismo. López González ML, López T, Comas Fuentes A, Herrero Puente P, González Blázquez J, Cueto Espinar A et al. 73 (3) 343-353\*.

Prevalencia de consumo de tabaco entre las medicas y enfermeras de la Comunidad de Madrid. Fernández Ruiz M.ªL y Sánchez Bayle. 73 (3) 355-364\*.

Evaluación de las actividades de lucha contra el tabaco. Experiencias y principios orientadores. C Chollat-Traquet. Organización Mundial de la Salud. 73 (3) 413-415 RE.

Reactividad cardiovascular y factores de riesgo cardiovascular en individuos normotensos del municipio de Rodas, Cienfuegos. Benet Rodríguez M, Apollinaire Pinnini JJ, González Leiva J, Yanes Nuñez AJ y Fernández Urquizar M. 73 (5):577-584\*.

**TEMPERATURA AMBIENTAL**

Evaluación de las propiedades psicométricas de la versión española del *Rotterdam Symptom Checklist* para medir calidad de vida en pacientes oncológicos. Agra Varela, Y. 73 (1): 35-44\*.

### TENDENCIAS

Evolución de la mortalidad por enfermedades cardiovasculares en la provincia de Toledo, 1975-1994. Alonso Prieto I y Puchades Belenguer MJ. 73 (3) 365-373\*.

### TOXICOMANÍAS

Prevalencia de la infección tuberculosa y por el VIH en los usuarios de un programa de reducción de riesgos para usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP). Álvarez Rodríguez M y Godoy García P. 73 (3) 375-381\*.

### TUBERCULOSIS

Prevalencia de la infección tuberculosa y por el VIH en los usuarios de un programa de reducción de riesgos para usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP). Álvarez Rodríguez M y Godoy García P. 73 (3) 375-381\*.

El control de la tuberculosis en relación con la epidemia de sida. Parras Vázquez F. 73(5): 533-547 CE.

Supervivencia con tuberculosis infectados por VIH. Estudio de los fallecimientos en los primeros nueve meses. Falqués Casanovas M, Langohr K, Gómez Melis G, García de Olalla Rizo P, Jansá López del Vallado JM y Caylá Buqueras JA. 73 (5): 549-562\*.

### UNIÓN EUROPEA

Las mujeres y el tabaco en la Unión Europea. Joossens L, Sascó A, Salvador T y Villalbi JR. 73 (1): 3-11 CE

### URGENCIAS

Evaluación de las propiedades psicométricas de la versión española del *Rotterdam Symptom Checklist* para medir calidad de vida en pacientes oncológicos. Agra Varela, Y. 73 (1): 35-44\*.

Estudio multicéntrico EMECAM sobre contaminación ambiental. Rev Esp Salud Pública 1999; 73: 105-322.

Validez del protocolo de adecuación de urgencias hospitalarias. Sempere Selva T, Peiró S, Sendra Pina P, Martínez Espín C y López Aguilera I. 73(4): 461-475\*.

### UTILIZACIÓN, MEDICAMENTOS

La prevención secundaria de la enfermedad cardiovascular es prioritaria pero resulta insuficiente. Rodríguez Artalejo F. 73(4): 435-437 E

Estudio de salud de las personas mayores en Extremadura: consumo de fármacos y patologías crónicas más frecuentes. Pedreira Zamorano JD, Canal Macías ML, Lavado García JM, Postigo Mota S, Sánchez Belda M y Durán González N. 73 (6): 677-686\*.

### UTILIZACIÓN DE SERVICIOS

Validez del protocolo de adecuación de urgencias hospitalarias. Sempere Selva T, Peiró S, Sendra Pina P, Martínez Espín C y López Aguilera I. 73(4): 461-475\*.

### VACUNAS

Efectividad comunitaria de las vacunas frente a la parotiditis infecciosa. Estudio de casos. Limón Mora J, Molina Pérez T y Domínguez Camacho JC. 73 (4):449-459\*.

Actividades de la eliminación del sarampión en la Américas. Quadrós C de. 73 (5): 589-596 CE.

Estrategias de eliminación del sarampión en el mundo. Olivé JM. 73 (5): 597-603 CE.

Epidemiología molecular del virus del sarampión. Fernández Muñoz R. 73 (5): 605-608 CE.

Situación del sarampión en España: Estudio seroepidemiológico. Pachón del Amo I. 73 (5): 609-616 CE.

Cobertura vacunal en España. de la Torre Misiego JL. 73 (5): 617-618 CE.

Estrategias en la Comunidad Autónoma de Cataluña. Salleras Sanmartí LI. 73 (5): 619-627 CE.

Estrategias en la Comunidad Autónoma de Galicia. Farjas Abadía P. 73 (5): 629-633 CE.

Estrategias de Diagnóstico en España. Echevarría Mayo JE. 73 (5): 635-638 CE.

Planteamiento de síntesis. Amela Herías C. 73 (5): 639-643 CE.

La erradicación del sarampión. Organización Panamericana de la Salud. 73 (5): 645 RB.

### VALENCIA

Estudio multicéntrico EMECAM sobre contaminación ambiental. Rev Esp Salud Pública 1999; 73: 105-322.

### VALIDEZ

Evaluación de las propiedades psicométricas de la versión española del *Rotterdam Symptom Checklist* para medir calidad de vida en pacientes oncológicos. Agra Varela, Y. 73 (1): 35-44\*.

### VETERINARIA

Opinión de los veterinarios de atención primaria de Andalucía sobre la gestión de su ejercicio profesional. Conti Cuesta F, Baena Parejo MI y Pinzón Pulido SA. 73 (5): 563-576\*.

### VIGO

Estudio multicéntrico EMECAM sobre contaminación ambiental. Rev Esp Salud Pública 1999; 73: 105-322.

### VIH

Prevalencia de la infección tuberculosa y por el VIH en los usuarios de un programa de reducción de riesgos para usuarios de drogas por vía parenteral (UDVP). Álvarez Rodríguez M y Godoy García P. 73 (3) 375-381\*.

Tuberculosis en Huesca. Aplicación del método captura-recaptura. Pérez Ciordia I, Castanera Moros A y Ferrero Cáncer M. 73 (3) 403-406 CD.

El control de la tuberculosis en relación con la epidemia de sida. Parras Vázquez F. 73(5): 533-547 CE.

Supervivencia con tuberculosis infectados por VIH. Estudio de los fallecimientos en los primeros nueve meses. Falqués Casanovas M, Langohr K, Gómez Melis G, García de Olalla Rizo P, Jansá López del Vallado JM y Caylá Buqueras JA. 73 (5): 549-562\*.

### VITORIA-GASTEIZ

Estudio multicéntrico EMECAM sobre contaminación ambiental. Rev Esp Salud Pública 1999; 73: 105-322.

### ZARAGOZA

Estudio multicéntrico EMECAM sobre contaminación ambiental. Rev Esp Salud Pública 1999; 73: 105-322.

## LISTA DE EVALUADORES

La Revista de Española de Salud Pública cuenta en su proceso editorial con la colaboración de expertos en los distintos temas, quienes, de forma anónima e independiente, actúan como evaluadores externos de los trabajos que se reciben para su publicación. Su contribución desinteresada ha sido fundamental para mantener la calidad científica alcanzada por la Revista Española de Salud Pública.

Por ello, les agradecemos especialmente su colaboración en la revisión de los trabajos efectuada a lo largo del año 1999.

Aguirre, Carmelo  
Alcaide Moreno, Elena  
Almenara Barrios, José  
Alonso Prieto, Isabel  
Amau, JM  
Asua Batarrita, José  
Badía, Xavier  
Bajo Bajo, Ángel  
Balaguer Vintrolá, Ignacio  
Ballestín, Manuela  
Banegas Banegas, José Ramón  
Barrio, Gregorio  
Bellido Blasco, Juan B  
Bermejo Fraile, Begoña  
Bermejo López, E  
Bolea Laguarda, Ángela  
Brotos, Carlos  
Cano Portero, Rosa  
Carreras Castellet, José María  
Casado, María  
Castells Carrillo, Concha  
Castilla Catalán, Jesús  
Criado Álvarez, Juan José  
Damián Moreno, Javier  
Delgado López-Cózar, Emilio  
Díez Pérez, Adolfo  
Espiga López, Isabel  
Fernández, Esteve  
Galán Laba, Iñaki  
García de Olalla, Patricia  
García Gómez, Montserrat  
García Latorre, Florencio Jesús

Gaviria, Valentín  
González Enriquez, Jesús  
Gutiérrez Fisac, Juan Luis  
Herrera Sebastián, Angustias  
Iñesta García, Antonio  
Lahoz Rayo, Blanca  
Laporte, Joan Ramón  
Latour Pérez, Jaime  
López, María Luisa  
López Nomdedeu, Consuelo  
López-Abente Ortega, Gonzalo  
Luna Sánchez, Antonio  
Macciras, Lourdes  
Marín Sánchez, Vicente  
Marín Tuyá, Dolores  
Martí-Fabregas, Joan  
Martínez González, Miguel A  
Mateo Ontañón, Salvador  
Mendoza, María Carmen  
Merino Merino, Begoña  
Morande, G  
Moreno Iribas, Concepción  
Moreno, V  
Munne, P  
Nájera Morrondo, Pilar  
Navarro, Carmen  
Nebot Adell, Manuel  
Ortiz Marrón, Honorato  
Otero Puyme, Ángel  
Pachón del Amo, Isabel  
Pardell, Helios  
Peiró, Salvador

Perlado, Fernando  
Pollán, Marina  
Posadas de la Paz, Manuel  
Pujals Ferrus, Josep María  
Quintana Trías, Octavi  
Regidor Poyatos, Enrique  
Rodés Monegal, Ana  
Rodríguez Artalejo, Fernando  
Rodríguez Blas, Carmen  
Rodríguez Legido, Clementina  
Rodríguez Pérez, Paz  
Rodríguez Pichardo, Antonio  
Rodríguez Sánchez, Jesús  
Rodríguez Torres, Antonio  
Sáez Zafra, Marc

Saiz Rojo, Ana  
Salleras Sanmartín, Lluís  
Sánchez Agudo, Leopoldo  
Saturno Hernández, Pedro J  
Segura i Benedicto, Andreu  
Tormo Díaz, María José  
Toro i Trallero, Josep  
Valdés Miyar, M  
Veiga de Cabo, Jorge  
Vidal, R  
Villalbi Heréter, Juan Ramón  
Villanueva Cañadas, Enrique  
Villar Álvarez, Fernando  
Zunzunegui Pastor, Victoria