

Saber más y hacer mejor: estudio cualitativo a personas con enfermedad crónica compleja

Know more and do better: qualitative study people with complex chronic disease

Sara Diez Iglesias, Blanca Andrés Alonso

C.S. El parque (Somió)

Manuscrito recibido: 15-07-2016

Manuscrito aceptado: 04-08-2016

Cómo citar este documento

Diez Iglesias S, Andrés Alonso B. Saber más y mejor: estudio cualitativo a personas con enfermedad crónica compleja. RqR Enfermería Comunitaria (Revista SEAPA). 2016 Noviembre; 4(4): 47-55

Resumen

Objetivo general

Conocer y analizar experiencias y expectativas de personas con enfermedad crónica compleja (PECC) de dos Zonas Básicas de Salud (ZBS) de Áreas Sanitarias distintas de Asturias relacionadas con sus vivencias en el circuito asistencial.

Metodología

Mediante una investigación cualitativa fenomenológica se llevó a cabo un estudio de tipo explicativo-interpretativo con la población perteneciente a dichas ZBS realizando sobre ella un muestreo opinático. Se consigue con dicha muestra, saturación de la información. Los datos fueron recogidos a través de una entrevista individual semiestructurada. El análisis temático descriptivo-interpretativo fue en base a cinco categorías preconcebidas: percepción de la propia salud, continuidad asistencial, comunicación con los sanitarios, influencia del entorno y los recursos socio-económicos y propuestas de mejora.

Resultados

Se aprecian fallos de coordinación interprofesional e interniveles así como en la comunicación de información. La percepción de la atención fue mejor en primaria que en especializada. No se advierte influencia del entorno en la salud y se valora la tenencia de recursos económicos y sociales para el mantenimiento de ésta. Propuestas de mejora: aumento de personal sanitario y la formación de éste en aspectos relacionales y comunicativos.

Conclusiones

La falta de coordinación y comunicación interprofesional e interniveles y un escaso intercambio de información con el paciente, desemboca en perjuicio para el usuario que acaba dentro de una espiral de visitas al sistema sanitario, el cual aumenta indirectamente su gasto económico. Una mayor información unida a un trato adecuado mejoraría la relación terapéutica con los usuarios.

Palabras clave

Enfermedad crónica, investigación cualitativa, comunicación, sistemas de salud

Abstract

Objective

Understand and analyze experiences and expectations of people with complex chronic disease two Basic Health Zones of Health Areas of Asturias related to their experiences in the healthcare circuit.

Methodology

Through a phenomenological qualitative research was conducted a study of explanatory-interpretative with the population belonging to these ZBS made on it a opinion sampling method. It is achieved with said sample, saturation information. Data were collected through a semi-structured individual interview. The descriptive-interpretive thematic analysis was based on five preconceived categories: perception of one's health, continuity of care, communication with health, influence of the environment and socio-economic resources and improvement proposals.

Results

Failures interprofessional and inter-level coordination and communication of information are appreciated. The perception of care was better in primary than in specialized. No influence of the environment is evident in health and social and economic tenure for maintaining this resource is valued. Proposals for improvement: increased health personnel and training it in relational and communicative aspects.

Conclusions

The lack of coordination and inter-professional and inter-level communication and little exchange of information with the patient, leading to damage to the user who finishes within a spiral of visits to the health system, which indirectly increases its economic output. Further information coupled with appropriate treatment would improve the therapeutic relationship with users.

Keywords

Chronic disease, qualitative research, communication, health systems

Introducción

El aumento en los últimos años de la carga mundial de enfermedades crónicas ha constituido uno de los principales desafíos para el desarrollo en el siglo XXI. Para dar respuesta a este reto, los países desarrollados han introducido en las últimas décadas distintos modelos organizativos y de gestión¹. En España, la *Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad del Sistema Nacional de Salud*² recoge, complementa y potencia las iniciativas que ya están desarrollando las Comunidades Autónomas mediante estrategias, planes o programas de atención a las enfermedades crónicas formando un marco general de cohesión.

La estrategia de cronicidad elaborada en el Principado de Asturias se denomina "*Personas sanas, poblaciones sanas: ordenación y elaboración de las Estrategias de Salud y Atención a la Población con Enfermedad Crónica*"³. En ella, a pesar de ser los usuarios o pacientes los beneficiarios finales de la estrategia, no se cuenta con una opinión directa de los mismos. Por esto, con este estudio se quiere dar voz a estas personas, concretamente las que se encuentran en una tesitura de complejidad, ya que de otro modo no hubieran podido dar a conocer su opinión o sus expectativas respecto a sus cuidados.

¿Por qué la población en situación de enfermedad crónica compleja? Los motivos son varios: son los casos más complicados, con gran fragilidad clínica y por lo tanto, los más vulnerables a cuidados discontinuos y diversos y a la falta de coordinación de los servicios asistenciales. Además, estos usuarios son grandes consumidores de recursos y paradójicamente, su atención es episódica, fragmentada y con un seguimiento poco organizado, navegando actualmente sin control por el sistema sanitario⁴.

Para esta investigación nos planteamos como objetivo, conocer y analizar las experiencias, opiniones y expectativas de las personas con enfermedad crónica compleja de dos ZBS de las Áreas III –Avilés- y V –Gijón- de Asturias relacionadas con sus vivencias en el circuito asistencial público del Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA).

Metodología

La metodología escogida fue la cualitativa desde una perspectiva fenomenológica y el tipo de estudio explicativo-interpretativo, donde además de analizar de forma naturalista el fenómeno, también se buscaban explicaciones más interpretativas que "de por qué pasa".

El grado de enculturación del equipo investigador fue bajo, ya que se realizó desde la perspectiva ETIC: tratando de entender el fenómeno "desde fuera"⁵. Las personas investigadas, fueron meramente informantes.

El estudio se llevó a cabo desde junio de 2014 a abril de 2015. Para la selección de la población y muestra se realizó un muestreo opinático, siguiendo una estrategia aleatorizada y de intensidad. La población con la que se llevó a cabo tal muestreo fue la perteneciente a las ZBS El Coto en Gijón - AS V (Gijón)- y la ZBS Corvera de Asturias -AS III (Avilés). Los sujetos de estudio fueron las personas que padecieran enfermedades crónicas complejas de estas dos zonas. Tras haber hecho una búsqueda bibliográfica se definió *persona con enfermedad crónica compleja* en base a los conceptos de pluripatología⁶ y paciente pluripatológico⁷ a los que se hace alusión en distintos documentos sobre cronicidad y a los modelos CARS Valencia⁸ y Kaiser Permanente⁹ que hacen referencia a estratos de cronicidad. En la **Tabla 1** se indican los criterios de inclusión y exclusión seguidos.

La muestra inicial fue de 114 personas y la final de 45 participantes: 21 en Corvera y 24 en El Coto. Con esta muestra se garantizó la saturación de información.

La técnica de recogida de datos usada fue conversacional o narrativa, utilizando como instrumento básico una entrevista individual semiestructurada de elaboración propia. Tras la realización de dos pilotajes y a partir de la información recogida en la búsqueda bibliográfica previa se posibilitó el desarrollo de un guión temático que permitiría explorar las áreas de interés con los usuarios.

Aparte, se desarrolló una ficha de recogida de datos previos a la entrevista para conocer más a las personas entrevistadas que constaba de datos sociodemográficos y de su historia clínica de salud, el lugar de realización de la entrevista, la fecha de la misma y la impresión general de la entrevistadora.

Tabla 1: Criterios de inclusión y exclusión

CRITERIOS DE INCLUSIÓN
<ul style="list-style-type: none"> ○ Enfermos que presenten 2 o más patologías crónicas que coexistan las cuales conlleven a la aparición de reagudizaciones y patologías interrelacionadas que condicionen una especial fragilidad clínica que provoque un deterioro progresivo y una disminución gradual de la autonomía y capacidad funcional del paciente generando una frecuente demanda de atención a diferentes ámbitos asistenciales (AP, AE, S. Sociales) ○ Pacientes que posean al menos 1 de las siguientes enfermedades: Diabetes Mellitus (I o II), Insuficiencia Cardíaca (en cualquier grado o estadio), Hipertensión, Dislipemias, Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (en cualquier grado o estadio), Cardiopatía Isquémica, Asma, Cáncer (cualquier tipo), Enfermedades osteomusculares (de más de 6 meses de evolución) ○ Ser paciente polimedicado con 6 o más medicamentos durante más de 6 meses ○ Existencia de ingresos hospitalarios o atención en urgencias hospitalarias o de AP en los últimos 12 meses. ○ Pacientes que requieran una gestión integral de su caso con cuidados mayoritariamente profesionales. ○ Pertenecer a la zona básica de salud. ○ Poseer las capacidades comunicativas necesarias para mantener una conversación sin dificultad.
CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
<ul style="list-style-type: none"> ○ Paciente institucionalizado ○ Paciente con algún tipo de demencia en estado avanzado ○ Haber trabajado o estar vinculado (familiar) al sistema sanitario público

Fuente: Elaboración propia

Al no poder llevarse a cabo la transcripción completa de las entrevistas, se elaboró el corpus textual mediante unas fichas de recogida que permitieron la extracción de todos los datos de las conversaciones de manera ordenada. Tras ello se elaboraron una serie de ideas preanalíticas para familiarizarse con los datos y poder llegar a una comprensión global de los mismos. Posteriormente se realizó un análisis temático (descriptivo-interpretativo) en base a 5 categorías preconcebidas: percepción de la propia salud, continuidad asistencial, comunicación con los profesionales, percepción de la influencia del entorno y el medio ambiente en la salud, percepción de la influencia de los recursos socioeconómicos y sociales en la salud y propuestas de mejora para el sistema sanitario.

Este estudio consta de la autorización expresa del Comité de Investigación Clínica del Servicio de Salud Asturiano para las Áreas III y V.

Asegurando el Principio de determinación y Autonomía de los participantes del estudio y previamente a la realización de las entrevistas, se realizó una presentación formal de las entrevistadoras, explicando en qué consistía el estudio a los participantes de forma individual y se garantizó la confidencialidad del contenido de la entrevista y todo lo referente a su historia clínica. El consentimiento informado verbal, previo a la entrevista, quedó grabado, garantizando de esta manera diversos aspectos éticos del estudio.

Resultados

Percepción de la salud:

La población estudiada percibe su salud como mala o muy mala. El sentimiento genérico de los entrevistados es de poseer información y conocimientos suficientes sobre sus enfermedades y por ello creen saber manejar su situación de cronicidad de forma adecuada. En cuanto a la percepción sobre el tratamiento, consideran necesario el farmacológico, no así los hábitos saludables como dieta o ejercicio.

La interpretación que realizamos es que los entrevistados consideran tener conocimientos e información sobre sus enfermedades suelen hacer referencia a que conocen cuáles son las enfermedades que tienen pero no en qué consisten, por lo que no parece que puedan actuar ante una descompensación de la enfermedad.

Continuidad asistencial:

Casi la totalidad de los entrevistados consideran que tienen adherencia al plan terapéutico, siendo mayor en el tratamiento farmacológico que a hábitos saludables y creen que se ve debilitada por los constantes cambios de fármacos y posología a los que están expuestos.

En referencia a la coordinación entre medicina y enfermería existen diferentes opiniones según el nivel asistencial: se detecta mayor coordinación entre profesionales de Atención Primaria (AP). Consideran que la coordinación entre este nivel y especializada es deficiente y se agrava cuando acuden a un centro sanitario fuera de su área de salud donde opinan que tal coordinación no existe, pues son ellos mismos los que se consideran elementos de enlace entre ambas. Existe una clara demanda de una Historia Clínica única en todo el Principado

Al indagar sobre la atención recibida, la AP es mejor valorada principalmente por su accesibilidad y relación de cercanía y confianza con sus profesionales.

Se considera que cuando la pérdida de continuidad de cuidados se hace evidente, es cuando pueden llegar a sucederse los mayores gastos sanitarios y perjuicios para el paciente: nuevas visitas a urgencias, reingresos, duplicación de tratamientos, etc.

Comunicación con los profesionales:

La comunicación con los profesionales sanitarios es descrita por todos como buena. Sin embargo, se cree que en general los profesionales ofrecen poca información sobre procesos y tratamientos, que han de ser capaces de empatizar más con el enfermo, contextualizar y ponerse a su nivel comunicativo. A pesar de todo, las PECC normalmente se sienten escuchadas y entendidas, aunque es en Atención Especializada donde se detectan un mayor número de problemas con el profesional, como un trato más distante o un mayor uso de palabras técnicas.

Valoran que el sanitario se identifique al iniciar la relación terapéutica y el saludo al comenzar la consulta, lo que se considera poco habitual. Gestos, como mirar a la cara cuando se habla con el usuario, dirigirse a él y no a los familiares o que el paciente se sienta un elemento importante en la relación terapéutica son valorados positivamente, así como un trato educado.

De esto interpretamos, que según manifiestan los pacientes parece que el empoderamiento no es trabajado con ellos, no se les implica en su enfermedad ni en el tratamiento de la misma al privarles de información. El profesional sigue actuando de un modo paternalista.

Además, hechos como que el profesional no se identifique o que el paciente no se sienta centro del acto terapéutico, puede llegar a mermar la confianza que tenga en el sanitario.

"Hechos como que el profesional no se identifique o que el paciente no se sienta centro del acto terapéutico, puede llegar a mermar la confianza que tenga en el sanitario"

Entornos y medio ambiente:

Las PECC no se plantean que el entorno influya en gran medida en su salud. Para saberlo les preguntamos si consideraban la situación ambiental o las condiciones de su entorno más cercano (su barrio, su domicilio) como interventores en su salud. Al ser distintos espacios analizamos por separado: El barrio gijonés de El Coto es considerado un barrio limpio y libre de contaminación, con todos los servicios básicos al alcance. En Corvera, al abarcar la ZBS un concejo entero hay variabilidad de opinión según dónde se resida y la cercanía de las áreas industriales. En cuanto a este último aspecto son los varones, la mayoría antiguos trabajadores de éstas industrias, los que tienen una mayor percepción de influencia.

Los entrevistados no se plantean la influencia que el entorno pueda tener en su salud y por eso creen que tal influjo no existe. En el discurso de la población de El Coto apenas aparecen menciones a las condiciones de las viviendas, sin embargo son más conscientes de los activos en salud que hay en su barrio. No es así en Corvera, donde aparte de influir la variedad de entornos en los que viven las PECC, no tienen percepción de tener tales activos en salud, sobre todo la población de la zona rural.

Influencia de los recursos económicos y sociales:

La población entrevistada considera que ambos influyen mínimamente en su salud.

En cambio, en el transcurso de la entrevista se descubre que creen que tener solvencia económica ayuda a mantener la salud, al igual que ocurre con los recursos sociales, considerando como muy importante el tener una buena red de apoyo familiar o de amistades para sobrellevar sus enfermedades.

Para finalizar las entrevistas se preguntó sobre las **mejoras que harían al sistema**. Estas fueron: la desaparición del copago farmacológico y el aumento de personal sanitario para así reducir las listas de espera. Además, se propuso aumentar los tiempos de consulta de atención primaria y que los profesionales recibieran más formación en habilidades comunicativas.

Discusión y Conclusiones

Existe diversa bibliografía sobre investigaciones cualitativas asociadas a planes o estrategias realizadas al nivel de la macrogestión. Sin embargo, los estudios que buscan la opinión de la población a la que se dirigen estas estrategias son muy poco frecuentes. En nuestro país, dos estrategias dirigidas a personas con enfermedades crónicas ahondaron en la investigación cualitativa con usuarios: la *Estrategia de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas de la Comunidad de Madrid*¹⁰ y el *Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas* en Andalucía¹¹. Ambos recogen resultados semejantes a los que hemos obtenido en este estudio con población asturiana, aunque no son ampliamente comparables, debido a la situación específica de complejidad de nuestros entrevistados.

Además, dentro de la Estrategia elaborada por la Consejería de Sanidad Asturiana³ se contó con la opinión de cerca de doscientos profesionales¹² que están estrechamente relacionadas con las que poseen nuestros entrevistados, sobre todo en temas de continuidad asistencial y comunicación bidireccional entre los distintos niveles asistenciales y creación de una historia clínica única o coordinación sociosanitaria. De esto se puede deducir que ambas partes conocen las debilidades del sistema pero éste aún no ha puesto remedio para ello.

En el presente estudio se detectaron problemas de continuidad asistencial que ponen en evidencia fallos estructurales en nuestro sistema sanitario y revelan como principal obstáculo un deterioro o falta de comunicación entre distintos niveles asistenciales y entre profesionales además de con los usuarios. De esta investigación se deduce que esa falta de comunicación, es uno de los elementos clave que hace que sea difícil el total empoderamiento del paciente, que falle la adherencia terapéutica o que las personas con enfermedades crónicas complejas hagan repetidas visitas a urgencias.

A pesar de que los resultados de este estudio no son extrapolables a una población mayor logran mostrar, cuales son las vivencias de los pacientes con patología crónica compleja con respecto a sus autocuidados y en el circuito asistencial sanitario asturiano.

Como conclusión podemos decir que mejorando el proceso de comunicación y con una coordinación adecuada conseguiríamos resultados más positivos para los ámbitos explorados respecto a la asistencia sanitaria y el empoderamiento del paciente. Para ello, únicamente se necesitaría cierta predisposición para el cambio en todas las personas implicadas en el circuito asistencial: profesionales (mejorando sus habilidades comunicativas y relacionales), usuarios (empoderamiento) e incluso el propio sistema como facilitador de esa labor. Desde nuestra perspectiva, los profesionales más indicados para esta labor coordinadora son aquellos que ejercen su labor en el campo de la AP, pues son con quien los pacientes establecen una fuerte relación terapéutica enmarcada en un contexto de continuidad, cercanía y confianza¹³. Además, al tener frecuentes contactos con los pacientes son los más adecuados para realizar el seguimiento y control de sus patologías crónicas. El valor "curación" va dejando paso al valor "cuidados"¹⁴, donde el papel de la enfermería familiar y comunitaria es imprescindible.

Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles 2010. Resumen de orientación. [Internet] Ginebra: OMS; 2011. [23 de junio 2014]. Disponible en:

http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/es/

2. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad del Gobierno de España. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2012. [23 de junio 2014]. Disponible en:

http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf

3. Dirección General de Salud Pública de Asturias. Personas sanas, poblaciones sanas: ordenación y elaboración de las Estrategias de Salud y Atención a la Población con enfermedad crónica en Asturias. [Internet] Asturias: Consejería de Sanidad de Asturias; 2014. [11 de julio 2014] Disponible en:

https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/Estrategias/Estrategia%20Cronicidad/ESAPCA_V3VD.pdf

4. Consejería de Sanidad de la Generalitat Valenciana. Modelo de Atención Integrada de Casos Complejos en la Agencia Valenciana de Salud. Nueva oferta de servicios enfermeros en el departamento: La enfermera gestora de Casos. Valencia: Consejería de Sanidad; 2013.

5. Berenguera Ossó A, Fernandez de Sanmamed Santos, MJ, Pons Vigués M, Pujol Ribera E, Rodríguez Arjona D, Saura Sanjaume S. Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las ciencias de la salud. Aportaciones a la investigación cualitativa. [Internet] Barcelona: Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP J. Gol); 2014 [26 de septiembre 2014] Disponible en:

<https://saludcomunitaria.files.wordpress.com/2014/12/escucharobservarcomprender.pdf>

6. Ministerio de Sanidad y política social Gobierno de España. Unidad de pacientes pluripatológicos. Estándares y recomendaciones. [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y política social; 2009. [5 de julio 2014] Disponible en:

http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EyR_UPP.pdf

7. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Atención a Pacientes Pluripatológicos. [Internet]. Andalucía: Consejería de Salud; 2007. [5 de julio 2014] Disponible en:

http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/cs salud/galerias/documentos/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/pacientes_pluripatologicos/pluri.pdf

8. Consejería de Sanidad de la Generalitat Valenciana. Plan de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas de la Comunidad Valenciana 2012. [Internet]. Valencia: Consejería de Sanidad; 2012. [20 de julio 2014] Disponible en:

<http://iv.congresocronicos.org/documentos/plan-de-atencion-pacientes-cronicos-valencia.pdf>

9. Nuño Solinís R. Buenas prácticas en gestión sanitaria: el caso Kaiser Permanente. Rev Adm Sanit [Internet] 2007 [14 julio 2014]; 5(2): 83-92. Disponible en:

http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pidet_articulo=13107524&pidet_usuario=0&pcontactid=&pidet_revista=261&ty=32&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=261v5n2a13107524pdf001.pdf

10. Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid. Estrategia de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas en la Comunidad de Madrid [Internet]. Madrid: Consejería de Sanidad; 2013. [13 de julio 2014] Disponible en:

<http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadervalue1=Content->

[Disposition&blobheadervalue1=filename%3DLibro_EstrAtPac_EnfCronicComMadrid_IP.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352861543446&ssbinary=true](http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadervalue1=Content-Disposition&blobheadervalue1=filename%3DLibro_EstrAtPac_EnfCronicComMadrid_IP.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352861543446&ssbinary=true)

11. Consejería de Salud de la Junta de Andalucía. Plan Andaluz de Atención Integrada a Pacientes con Enfermedades Crónicas 2012-2016 [Internet]. Andalucía: Consejería de Salud de la Junta de Andalucía; 2012. [13 de julio 2014] Disponible en:

http://www.opimec.org/media/files/Plan_Andaluz_Enfermedades_Cronicas_2012-2016_V03.pdf

12. Dirección General de Salud Pública de Asturias. Anexo IV. Notas técnicas. Proceso de elaboración de la Estrategia [Internet] Asturias: Consejería de Sanidad; 2014. [11 de julio 2014] Disponible en:

http://movil.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/Estrategias/Estrategia%20Cronicidad/Anexo_IV_ESAPCA.pdf

13. Redondo Martín S, Bolaños Gallardo E, Almaraz Gómez A, Maderuelo Fernández JA. Percepciones y expectativas sobre la atención primaria de salud: una nueva forma de identificar mejoras en el sistema de atención. Aten Primaria. [Internet] 2005 [3 de julio 2014]; 36 (7): 58-66. Disponible en:

http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13080291&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=27&ty=159&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=27v36n07a13080291pdf001.pdf

14. Míguez Chamorro A, Ferrer Arnedo C. La enfermera familiar y comunitaria: referente del paciente crónico en la comunidad. Enferm clin [Internet] 2014 [24 de septiembre de 2014]; 24 (1): 5-11 Disponible en:

http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=90269200&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=35&ty=10&accion=L&origen=zonadelectura&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=35v24n01a90269200pdf001.pdf