

CUIDAR

Universidad de La Laguna

1

2021



Revista
CUIDAR

Revista
CUIDAR

Revista de Enfermería de la Universidad de La Laguna

DIRECTOR

Alfonso Miguel García Hernández (Universidad de La Laguna)

SECRETARÍA DE REDACCIÓN

María Mercedes Arias Hernández (Universidad de La Laguna)

CONSEJO CIENTÍFICO

Javier Montenegro Ledezma (Ministerio de Salud. Panamá)
M.ª Carmen Flores Rodríguez (Hospital Ángeles, Chihuahua. México)
José Manuel Santamaría García (Atención Primaria Comunidad de Madrid. España)
Micaela Maricela Soto Ríos (Hospital Médico, Tulancingo de Bravo, Hidalgo. México)
Maravillas Giménez Fernández (Universidad Católica San Antonio, Murcia. España)
Emmanuel Durán Garita (CCSS, Centro del Dolor y Cuidado Paliativo. Costa Rica)
Javier A. Rojas Elizondo (CCSS, Centro del Dolor y Cuidado Paliativo. Costa Rica)
Carne Beltrán Vilagrasa (Hospital de la Santa Creu i Sant Pau, Barcelona. España)
Francini Espinosa (CCSS, Centro del Dolor y Cuidado Paliativo. Costa Rica)
Alejandro Vargas (CCSS, Centro del Dolor y Cuidado Paliativo. Costa Rica)
Carolina Méndez (CCSS, Centro del Dolor y Cuidado Paliativo. Costa Rica)
Carlos E. Martínez Alberto (SCS, Tenerife. España).
Ana Rojas Jiménez (CCSS, Universidad Hispanoamericana. Costa Rica)
Pedro Ruymán Brito Brito (SCS, Tenerife. U. de La Laguna. España)
Verónica de León y Cuetos (Déjalos Ir con Amor, Culiacán. México)
Martín Rodríguez Álvaro (SCS, Tenerife. U. de La Laguna. España)
Gabriel Jesús Estévez Guerra (ULPGC, Gran Canaria. España)
Domingo Ángel Fernández Gutiérrez (SCS, Tenerife. España)
José Siles González (Universidad de Alicante. España)
Cristo M. Marrero González (SCS, Tenerife. España)
Fátima Vega Morales (SCS, Gran Canaria. España)
Alicia Pérez Herrera (SCS, Tenerife. España).

PÁGINA WEB

<https://cuidar.webs ull.es>

CORREOS ELECTRÓNICOS

almigar@ull.edu.es, merarias@ull.edu.es

EDITA

Servicio de Publicaciones de la Universidad de La Laguna
Campus Central. 38200 La Laguna. Santa Cruz de Tenerife
Tel.: 34 922 31 91 98

DISEÑO EDITORIAL

Jaime H. Vera
Javier Torres/Luis C. Espinosa

PREIMPRESIÓN

Servicio de Publicaciones

DOI: <https://doi.org/10.25145/j.cuidar.2021.01>

ISSN: 2660-4426 (edición digital)

Los trabajos publicados en *Cuidar* están protegidos por una licencia Creative Commons CCby (Reconocimiento 4.0 internacional), cuyo texto completo se puede consultar en https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.es_ES.

Revista
CUIDAR
1

SERVICIO DE PUBLICACIONES
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA, 2021

REVISTA Cuidar / Universidad de La Laguna. –N.º 0 (2020)–. –La Laguna: Universidad, Servicio de Publicaciones, 2020–.

Añual

ISSN: 2660-4426

1. Enfermería-publicaciones periódicas I. Universidad de La Laguna. Servicio de Publicaciones. 614.253.5(05)

NORMAS GENERALES PARA EL ENVÍO Y PRESENTACIÓN DE TRABAJOS

1. La revista acepta para su publicación trabajos originales. Inicialmente los artículos pueden ser remitidos a la revista a los siguientes *e-mails* de contacto: almigar@ull.edu.es, merarias@ull.edu.es. La Redacción comunicará a los autores a la mayor brevedad, vía *e-mail*, la recepción de los artículos.
2. Todos los trabajos deberán ser originales o inéditos y no deben estar en proceso de revisión por la editorial de otra revista. Los autores deberán, además, asumir el compromiso de no remisión a otra revista, una vez presentado e iniciado el proceso de revisión por parte de la revista *Cuidar*.
3. Los artículos, mecanografiados preferentemente en Word, tendrán una extensión máxima de 25 páginas, a un espacio interlineal y letra Times New Roman 12.
4. En la primera página del artículo se ha de incluir título del trabajo en castellano e inglés, autoría, institución a la que pertenece, breve resumen en castellano (10 líneas) y su traducción al inglés (*abstract*), palabras clave (entre 3 y 6) en castellano e inglés. En folio anexo se deberá adjuntar información de contacto (nombre, institución, dirección, *e-mail*, teléfono, intereses profesionales, líneas de trabajo y fecha de envío).
5. Las citas en el texto podrán ajustarse a las normas de la APA o Vancouver.
6. Las referencias bibliográficas irán todas al final del artículo, por orden alfabético de apellidos, y deben adaptarse al siguiente formato:
 - Para los artículos publicados en revistas: APELLIDO/s, N. (2020). «Título del artículo». *Título Revista*, vol. (n), pp.
 - Cuando se trate de libros: APELLIDO/s, N. (2020). *Título del libro*. Lugar de edición: editorial.

SISTEMA DE EVALUACIÓN DE LOS TRABAJOS

Los originales recibidos serán evaluados siguiendo un sistema de evaluación por pares de forma confidencial y anónima (doble ciego). Los revisores emitirán un informe con las correcciones y mejoras que necesita el manuscrito, así como la conveniencia o no de su publicación, que será tomado en consideración por la Secretaría de la revista. Se recurrirá a evaluadores externos cuando se necesite garantizar un juicio experto y particularmente cuando exista notoria discrepancia entre los evaluadores iniciales. Una vez concluida la evaluación, los autores/as recibirán los informes de evaluación de los revisores de forma anónima.

ENVÍO DE LOS TRABAJOS

Una vez que el artículo pase el proceso de revisión y haya sido aceptado, es requisito indispensable enviar el texto definitivo, con las mejoras y modificaciones propuestas por los revisores (en su caso), en papel y soporte informático por correo postal a la siguiente dirección:

Revista *CUIDAR*
Departamento de Enfermería
Facultad de Ciencias de la Salud. Sección Enfermería
Universidad de La Laguna. Campus Central
38204, LA LAGUNA (SANTA CRUZ DE TENERIFE, CANARIAS, ESPAÑA)

EDITA
Servicio de Publicaciones
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA
Campus Central
38200, LA LAGUNA (SANTA CRUZ DE TENERIFE, CANARIAS, ESPAÑA)

SUMARIO / CONTENTS

Editorial	
<i>Alfonso Miguel García Hernández</i>	9
ARTÍCULOS / ARTICLES	
Estudio exploratorio sobre la representación social de la enfermería en México desde el ejercicio libre de la profesión / Exploratory study on the social representation of nursing in Mexico from the free exercise of the profession	
<i>Melba Haydee Hernández Ortiz y Alba Luz Robles Mendoza</i>	13
De estudiante de Enfermería de la Universidad de La Laguna a enfermera, en tiempos de covid-19. Estudio exploratorio / From nursing student of the University of La Laguna torn, in covid's times. An exploratory study	
<i>María Mercedes Arias Hernández, Cristo Manuel Marrero González y Alfonso Miguel García Hernández</i>	27
A vueltas con la importancia de la filosofía de Patricia Benner en la formación enfermera y en la incorporación laboral de las enfermeras en Canarias (España) / Importance of Benner's philosophy in training and employment of nurses in Canary Islands (Spain)	
<i>Cristo Manuel Marrero González</i>	37
Valoración del interés manifestado por las enfermeras asistenciales acerca de disponer de un cuestionario de evaluación enfermera de las capacidades comunicativas en la afasia / Assessment of the interest expressed by nurses in having a nursing questionnaire assessing the ability to communicate among individuals with aphasia	
<i>William Jesús Martín-Dorta, Pedro Ruymán Brito-Brito, Estela Sainz-Fregel, Elena Martín-Felipe, Raquel Miranda-Martín y Alfonso Miguel García-Hernández</i>	47
Validación española del Functional Health Pattern Assessment Screening Tool (FHPAST) en Atención Primaria / Spanish validation of the Functional Health Pattern Assessment Screening Tool (FHPAST) in primary health care	
<i>Inmaculada Sanz Sánchez, Pedro Ruymán Brito-Brito, Mercedes Novo Muñoz y José Ángel Rodríguez Gómez</i>	59



La videoconsulta, hacia una experiencia de telecuidados por parte de las enfermeras de Atención Primaria / The video-consultation, towards a telecare experience by primary care nurses <i>Janet Núñez Marrero</i>	91
Cambios en la vida de las personas tras el diagnóstico de trastorno mental: significado e impacto / Changes in people's lives following a diagnosis of mental disorder: meaning and impact <i>Eva Lourdes Díaz Hernández</i>	103
Perspectiva de género en el grado de Enfermería: análisis de opinión del profesorado / The gender perspective in nursing studies: a teaching staff opinion analysis <i>Aythamy González Darias y Sara Rodríguez Martín</i>	117
¡Me he quedado sin agujas! / I have run out of insulin needles! <i>Alberto Salmonte Rodríguez, Arantxa Vázquez Rodríguez, Andrés Ramos Hernández y Nuria González Báez</i>	135
¿Qué debo hacer? / What should I do? <i>Rocío García Rodríguez, Patricia de Paz Pérez, Yurena Herrera Luis y Zuleika Bobadilla Hernández</i>	147
A propósito de un caso: «Mirar a través de las heridas» / About a case: "Looking through the wounds" <i>Alba Rocío Siverio Díaz, Samia Bellahmar Lkadiri y Ana M.^a Rodríguez Piriano</i>	163



EDITORIAL

EDITORIAL

Alfonso Miguel García Hernández
Director de la revista *Cuidar*

Cuidar, cuidar y seguir cuidando...

No debe extrañarnos que digamos que el camino del cuidar es interminable. Atender al otro en situaciones de vulnerabilidad y dependencia, de enfermedad en cualquiera de sus variantes en contextos de salud-atención-enfermedad variados es un camino de por vida en el que participamos activamente y que en tiempos de pandemia se ha hecho más evidente incluso para la sociedad.

Y de vuelta al principio. Cuidar y seguir cuidando...

No voy a hablar de la aportación de las enfermeras a la salud de la población, del cambio y transformación que ha sufrido la profesión, de la formación a nuestros estudiantes y su desarrollo profesional hasta llegar a la actualidad, situación que he visto modificarse a lo largo de los más de 38 años que llevo siendo enfermero. Con sus claroscuros, con sus avances y retrocesos mientras seguimos encarando el mundo, siempre nuevo, de cuidados con responsabilidad y autonomía, en entornos no siempre óptimos y, en ocasiones, faltos de reconocimiento social. Queremos sociedades cuidadoras, saludables.

La actualidad, marcada por hitos importantes como la pandemia, incrementa espacios de soledad y se suma a un fenómeno social que ya viven los países ricos del planeta, especialmente las grandes ciudades. Una soledad que aunque forma parte de la historia de nuestras sociedades, con el paso del tiempo ha experimentado una profunda transformación que redundará en los cuidados, siempre invisibles, pues exigen un empeño amplio y difuso. Trabajar para mejorar el *homo cogitatus*, como seres que necesitamos de los cuidados, hace que la relación con el otro requiera atención que nos sigue preocupando en la actualidad en la que algunas sociedades no logran fraguar modelos que eviten a numerosas personas el sentimiento de soledad y que hace más imprescindible que hablemos de las razones de la soledad y de los cuidados en el siglo XXI, como vía para disipar este mal mediante los vínculos y la comunicación. Para salvar esa soledad que se vive como un fracaso relacional. En este contexto, hombres y mujeres, enfermeras y enfermeros nos hacemos cargo de nosotros cuando prestamos cuidados y de cómo nos afecta afectiva y socialmente prestar cuidados, en un entorno en el que el individualismo y sus contradicciones han modificado los imaginarios de la prestación de cuidados patriarcales del pasado, mientras se produce un crecimiento de lo virtual que nos trae un camino hacia nue-



vos modos de cuidar y de comportarnos. En entornos en los que se hace necesaria una ética del cuidado, aplicada a los problemas reales y concretos de quien cuidamos y vive situaciones reales de injusticia, que nos obliga a repensar lo que hacemos a disminuir las asimetrías y desigualdades.

Debemos avanzar hacia una «sociedad cuidadora», que valore los cuidados tan denostados en no pocas ocasiones, porque las prestadoras de los mismos han sido esencialmente mujeres. Una sociedad donde los cuidados sean más obvios y universales y estén insertos en la familia, la escuela, las guarderías, las residencias, los hospitales y en cualquier espacio donde encuentran su lugar natural y razón de ser, con la ayuda de los padres, los maestros, los educadores y los cuidadores. En dichos ámbitos las enfermeras son agentes necesarios y en ellos han de desplegar su misión de cuidar.

El presente número 1 de la revista *Cuidar* aborda temas diversos e interconectados con los cuidados que abordan, entre otras cuestiones, la videoconsulta como experiencia de telecuidados por parte de las enfermeras de atención primaria, la importancia de la filosofía de Benner en la formación enfermera o de la representación social de la profesión en México, también el cómo los estudiantes de enfermería de nuestra universidad piensan en tiempos de covid y la perspectiva de género en el grado de enfermería desde un análisis de la opinión del profesorado. Se incorporan, además, artículos relevantes en torno a los cambios en la vida de las personas tras el diagnóstico de trastorno de mental o la valoración del interés manifestado por las enfermeras asistenciales acerca de disponer de un cuestionario de evaluación enfermera de las capacidades comunicativas en la afasia, la validación española del Functional Health Pattern Assessment Screening Tool (FHPAST) en atención primaria y tres casos clínicos enfermeros.



ARTÍCULOS / ARTICLES

ESTUDIO EXPLORATORIO SOBRE LA REPRESENTACIÓN SOCIAL DE LA ENFERMERÍA EN MÉXICO DESDE EL EJERCICIO LIBRE DE LA PROFESIÓN

Melba Haydee Hernández Ortiz*, Alba Luz Robles Mendoza**

Universidad Nacional Autónoma de México

RESUMEN

El ejercicio libre de la profesión se refiere a los servicios que se ofrecen después de una formación universitaria, de manera libre, autónoma e independiente, intelectual y financieramente; dicha elección para este rol está influenciada por factores tanto personales como socioculturales. Se realizó un estudio cualitativo exploratorio-descriptivo, donde se entrevistó previo consentimiento informado a seis egresados(as) que ejercen el ejercicio libre de la enfermería. Se categorizaron las respuestas y analizaron los discursos desde la teoría de las representaciones sociales. Conocer la representación social de la enfermería en el ejercicio libre de la profesión. Se encontró que definen al ejercicio libre de la profesión como una actividad económica, autónoma, independiente y de responsabilidad social. Se mencionaron cuestiones económicas y de infraestructura como desventajas en su ejercicio, así como pocas facilidades para abrir un consultorio y la búsqueda de atención del modelo médico tradicional como justificantes de la poca inserción en este campo.

PALABRAS CLAVE: enfermería, autonomía profesional, servicios de enfermería, género.

EXPLORATORY STUDY ON THE SOCIAL REPRESENTATION OF NURSING IN MEXICO FROM THE FREE EXERCISE OF THE PROFESSION

ABSTRACT

The free exercise of the profession refers to the services offered after university training, freely, autonomously and independently, intellectually and financially; this choice for this role is influenced by both personal and socio-cultural factors. A qualitative exploratory-descriptive study was carried out, where six graduates who exercise the free practice of Nursing were interviewed with prior informed consent. The responses were categorized and the discourses analyzed from the theory of social representations. Know the social representation of Nursing in the free exercise of the profession. It was found that they define the free exercise of the profession as an economic, autonomous, independent and socially responsible activity. Economic and infrastructure issues were mentioned, as disadvantages in their practice, as well as few facilities to open a clinic and the search for care of the traditional medical model as justifications for the little insertion in this field.

KEYWORDS: Nursing, professional autonomy, nursing services, gender.



INTRODUCCIÓN

La práctica independiente o ejercicio libre de la profesión en enfermería (ELPE) es una labor profesional que desempeñan las y los enfermeros en ámbitos externos al mandato de instituciones hospitalarias, ya sean públicas o privadas; aquí, hace uso de sus competencias, de la capacidad de toma de decisiones, de los conocimientos y habilidades de emprendimiento que, de manera autónoma, lo(a) empodera profesionalmente en la atención a la salud de la población.

De acuerdo con Arenas¹, el ELPE es la praxis profesional que se lleva a cabo de manera independiente, autónoma e intelectual, con el fin de generar sus propios ingresos económicos, y que conlleva beneficios como una estabilidad laboral y el fortalecimiento de la autoestima.

Dicha actividad profesional proyecta un escenario de trabajo innovador en el cuidado de la salud y la vida humana, caracterizado por tener un enfoque de atención en el primer nivel, abriendo la brecha para una nueva forma de ejercicio profesional situado en entornos ubicados en la realidad social.

El ejercicio libre de la profesión en enfermería es un área de oportunidad poco visualizada, que presenta beneficios tanto a nivel profesional como sanitario y económico, debido a que tiene nuevos enfoques de concepción sobre la prevención de las enfermedades y la promoción de la salud, siendo un espacio de acción autónomo y de empoderamiento².

Sin embargo, existen factores académicos, sociales, personales, culturales y económicos que intervienen en el escaso porcentaje de enfermeras y enfermeros que ejercen de manera independiente en nuestro país. Al respecto, existe poca información sobre esta posición laboral de la enfermería; la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) menciona que el 96.5% de los trabajadores son subordinados y remunerados, el 3.4% son trabajadores no remunerados y solo el 1.4% trabajan por cuenta propia³.

* Licenciada en Enfermería. Facultad de Estudios Superiores Iztacala UNAM. *E-mail:* haydee.mhn@gmail.com.

** Facultad de Estudios Superiores Iztacala UNAM. Carrera de Psicología. Tutora del Programa de Maestría en Enfermería. Posgrado, UNAM. *E-mail:* albaluz.robles@iztacala.unam.mx.

¹ ARENAS, G. El ejercicio libre de la profesión de enfermería en México: situación y trascendencia. [Tesis doctoral]. Perú: Universidad Nacional de Trujillo, 2015 [consultado 3 enero 2020]. Disponible en <https://bit.ly/2JaN36C>.

² MONTES, M.L., PEZA, E. y SÁNCHEZ, B.E. Principales limitantes que tiene el licenciado en enfermería y obstetricia para el ejercicio libre de la profesión. [Tesis licenciatura]. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, 2000. STEIN, D., TEIXEIRA, M.C., BIAZUS, C., DUTRA L. y TONSON, M. Entrepreneurial Learning in Nursing a Propulsive Strategy of New Spaces for Professional Performance. *Journal of Entrepreneurship & Organization Management* [internet] 2018 [consultado 13 junio 2020]; 7(3): 1-4. Disponible en <https://bit.ly/2HEhVwc>.

³ INEGI. Estadísticas a propósito de día internacional de la enfermera y el enfermero (6 de enero), 2015 [sitio internet] [consultado 2 octubre 2020]. Disponible en <https://bit.ly/2IXkc6l>.

Por otro lado, se evidencia el hecho de que, en mayor medida, la matrícula de dichos profesionistas está inserta dentro del sector hospitalario, ya que, por cada 100 personas que ejercen la profesión, 93 se desempeñan en el de servicios de salud y asistencia social; los otros 7 trabajan en el sector de actividades administrativas. Asimismo, de cada 100 enfermeras y enfermeros que se laboran en el sector de servicios de salud y asistencia social, 76 se desenvuelven en instituciones públicas y los 24 restantes en el sector privado.

Lo anterior evidencia cómo es que las aspiraciones e inserción laboral de los profesionales de la enfermería están casi totalmente dirigidas al sector asistencial en instituciones de salud, sobre todo de segundo y tercer nivel de atención, hecho que llama la atención en un país donde las necesidades actuales de la población, debido a la pandemia por coronavirus SARS-CoV-2 (covid-19) que estamos viviendo a nivel mundial representa un gran reto en materia de salud, frente al autocuidado que conllevan los largos tiempos de confinamiento social por esta enfermedad infecciosa.

Algunos de los factores que se consideran como limitantes para incursionar en el rol de ejercicio libre es la falta de título profesional, el no tener experiencia laboral suficiente para sentirse capacitados(as) para tal actividad, el temor al bajo reconocimiento social, a la insuficiente relación entre la teórica y la práctica, así como a la escasa remuneración económica⁴.

Otro de los elementos que debilitan la práctica independiente en enfermería tiene que ver con la concepción y figura del gremio ante la sociedad, lo cual está ligado con el origen de la profesión, donde inició como un oficio de mujeres, con la devoción y la abnegación de los estereotipos femeninos, colocándola en una condición de servicio hacia las demás personas. Sobre esto, Arenas⁵ menciona que la situación actual de la profesión tiene un trasfondo histórico con un discurso sexista sobre los roles de género que conlleva la mujer enfermera, lo cual ha limitado que las profesionistas se encuentren en puestos de poder y en estatus institucionales de resolución de problemas; es decir, se evidencia la existencia de una violencia simbólica hacia la profesión, que genera baja autoestima en quienes la ejercen y temor hacia la práctica independiente.

Asimismo, otro de los aspectos a considerar es el simbolismo de la carrera que se ha construido a lo largo del tiempo, dándole sentido a la disciplina, a la forma en que es entendida, concebida, y en la manera en que se forma la identidad social del gremio; ya que se trata de un fenómeno psicosocial radicado en un espacio comunitario, donde los procesos de socialización desarrollan en el ser humano

⁴ MONTES, M.L., PEZA, E. y SÁNCHEZ, B.E. Principales limitantes que tiene el licenciado en enfermería y obstetricia para el ejercicio libre de la profesión. [Tesis licenciatura]. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, 2000.

⁵ ARENAS, G. El ejercicio libre de la profesión de enfermería en México: situación y trascendencia. [Tesis doctoral]. Perú: Universidad Nacional de Trujillo, 2015 [consultado 3 enero 2020]. Disponible en <https://bit.ly/2JaN36C>.



una identidad, se crean símbolos y se abre a la diversidad de otros, es decir, se crea una representación social⁶.

El término de representaciones sociales (RS) se refiere a la construcción e interpretación de la realidad, desde una visión común, dada por una representación colectiva. Las RS sostienen que las personas conocen su realidad a través de explicaciones que surgen en los procesos de comunicación y del pensamiento social; es decir, es un tipo de conocimiento que influye en la forma de pensar y organizar la vida cotidiana (el conocimiento del sentido común). En las RS se pueden identificar opiniones, creencias, valores, estereotipos y posturas tanto negativas como positivas sobre diversos tópicos, que definen la conciencia colectiva⁷.

En enfermería, la representación social está relacionada con el cómo se ha construido la realidad de la profesión, esta imagen social, profesional y gremial que actualmente existe. De aquí la utilidad e importancia de la teoría de las representaciones sociales para el análisis del objeto de estudio de esta investigación, dado que nos permite conocer la representación social y simbólica, es decir, el significado y la percepción de las y los enfermeros insertos en el ejercicio libre de la profesión, sus comportamientos, actitudes, acciones, la relación entre el modo en que se estructuran y organizan las visiones del mundo y la forma en que se expresan en la vida cotidiana, así como las principales limitaciones y motivaciones de los mismos, hecho que está permeado por la sociedad y la historia de la misma profesión⁸.

Con lo anterior, el presente estudio tiene como objetivo analizar la representación social de la enfermería en el ejercicio libre de la profesión.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó un estudio cualitativo exploratorio-descriptivo, donde se analizaron los discursos desde la teoría de las representaciones sociales. Participaron seis profesionales de Enfermería, 3 hombres y 3 mujeres, entre 26 y 61 años de edad, con un promedio de 35 años de edad; siendo 4 personas egresadas de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala y 2 de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, ambas sedes de la Licenciatura en Enfermería de la UNAM, todos(as) actualmente realizan ejercicio libre de la profesión. La selección de los mismos fue mediante la

⁶ BRUEL, T.C., SCARPARO, H.B., CLAVO, A.R., SEBASTIÁN, J. y BLANCO, A. Estudio psico-social sobre las representaciones sociales de género. *Divers: Perspect Psicol.* [internet] 2013 [consultado 17 febrero 2020]; 9(2): 243-255. Disponible en <https://bit.ly/2HxzFsU>.

⁷ FLACSO. Las representaciones sociales: Ejes teóricos para su discusión. Costa Rica: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, 2002: 11-20 [consultado 20 febrero 2020]. Disponible en <https://bit.ly/2UWhkc8>.

⁸ FERREIRA, M. Teoría de las representaciones sociales y contribuciones para las investigaciones sobre atención en salud y en enfermería. *Escola Anna Nery.* [internet] 2016 [consultado 14 enero 2020]; 20(2):1-2. Disponible en <https://bit.ly/33d6LG6>. WEISZ, C.B. La representación social como categoría teórica y estratégica metodológica. *Rev. CES. Psicol.* [internet] 2017 [consultado 3 noviembre 2019]; 10(1): 1-10. Disponible en <https://bit.ly/3m2Vzn3>.

técnica de bola de nieve, que permite, a partir de un informante, obtener los datos y participación de los siguientes entrevistados, mediante un sistema en cadena y por recomendación⁹.

La obtención de la información se realizó a través de entrevistas a profundidad con la ayuda de una guía de preguntas semiestructurada y aplicada de manera individual, las cuales tuvieron una duración de 60 minutos en promedio, estas fueron grabadas previo consentimiento informado.

El análisis de la información se realizó con base en la propuesta de análisis de datos de Richard Krueger¹⁰, la cual incluye la obtención de datos a través de las entrevistas, el manejo de la información mediante transcripciones textuales, posteriormente se realizó la codificación de los datos donde se identificaron las principales categorías y subcategorías.

Se aplicaron los criterios de rigor científico descritos por Castillo, donde la credibilidad se logró al verificar los hallazgos; la confirmabilidad y transferibilidad se cumplieron mediante la examinación de datos y documentación de la información, lo cual permitió llegar a conclusiones similares a otros estudios existentes¹¹.

También se tomó en cuenta al artículo 13 del Reglamento de la Ley General de Salud, donde menciona que, en toda investigación, debe prevalecer el respeto a la dignidad de los sujetos, protección de sus derechos y bienestar¹².

HALLAZGOS Y DISCUSIÓN

Se identificaron dos categorías: 1) representaciones sociales del ejercicio libre de la profesión en enfermería y 2) formación universitaria y ejercicio libre de la profesión en enfermería. En este trabajo solo se expondrá la primera categoría sobre representaciones sociales del ELPE, de la cual derivaron tres subcategorías: 1) definición de ejercicio libre de la profesión en enfermería, 2) limitaciones para la inserción en el ejercicio libre de la profesión en enfermería y 3) motivaciones y beneficios para insertarse en el ejercicio libre de la profesión en enfermería.

⁹ HERNÁNDEZ, R., FERNÁNDEZ, C. y BAPTISTA, P. Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. México: Mac Graw Hill; 2018. p. 398.

¹⁰ ÁLVAREZ-GAYOU, J.L. Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos cualitativos. México: Paidós Educador; 2006. pp. 187-190.

¹¹ CASTILLO, E. La fenomenología interpretativa como alternativa apropiada para estudiar los fenómenos humanos. Investigación y educación en enfermería [internet] 2000 [consultado 12 agosto 2020]; 8(1): 27-35. Disponible en <https://bit.ly/2mFvdex>.

¹² Diario Oficial de la Federación. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. (Título segundo) México: DOF, 1989:769 [consultado 10/6/2019]. Disponible en <https://bit.ly/1SBpqPT>.



SUBCATEGORÍA 1. DEFINICIÓN DE EJERCICIO LIBRE DE LA PROFESIÓN EN ENFERMERÍA

Esta categoría permite conocer el consenso que existe entre las y los participantes sobre su concepto del ELPE.

Sobre esto, cuatro de los entrevistados describieron al ELPE como una actividad autónoma e independiente, mencionado principalmente por los participantes varones. Ellos mismos la definen como una labor que tiene una remuneración económica libre y sin limitaciones institucionales. Por otro lado, la mitad de los participantes expresó que es un trabajo que conlleva responsabilidad para la enfermería, siendo un discurso mayormente femenino. Por tanto, se coincide con las definiciones y conceptos que autores como Arenas y Sanders mencionan sobre la práctica independiente de esta profesión, al referirse como un trabajo autónomo e intelectual realizado a través de acuerdos económicos y que genera ingresos y estabilidad profesional¹³.

Por su parte Fandiño¹⁴ agrega que, para los y las enfermeras, implica un alto grado de responsabilidad (legal, moral y educativa), así como la autorregulación, autodeterminación y autonomía para el control de las funciones de su entorno laboral y de posibles riesgos.

Podemos identificar lo anterior en los siguientes discursos de las y los participantes:

... el ejercicio libre de la profesión tiene que ver con hacer las actividades independientes que tengamos como profesional de enfermería y buscar una remuneración o una satisfacción profesional a través de eso, sin depender de [...] un equipo multidisciplinario de salud. *Draco*, 24 años.

... es una práctica en donde existe la gran responsabilidad de atender a una persona, pero dar toda la respuesta a sus expectativas, [...] es una responsabilidad profesional que conlleva el gran compromiso de responder a la solicitud o a la demanda de servicio que la persona o el paciente nos solicita. *Norma*, 61 años.

Esta subcategoría muestra que, a través de su trabajo independiente, las y los participantes han construido un concepto del ELPE donde los varones, a diferencia de las mujeres, tienden a relacionarlo más con los beneficios económicos y de prestigio que encuentran en esta actividad, mientras que las mujeres lo hacen por la responsabilidad de servicio que implica. Las diferencias que existen entre los conceptos de hombres y mujeres se pueden relacionar con el hecho de que son

¹³ ARENAS, G. El ejercicio libre de la profesión de enfermería en México: situación y trascendencia. [Tesis doctoral]. Perú: Universidad Nacional de Trujillo, 2015 [consultado 3 enero 2020]. Disponible en <https://bit.ly/2JaN36C>. SANDERS, E. y KINGMA, M. *Manual sobre la Práctica empresarial las enfermeras crean oportunidades como empresarias y como emprendedoras*. Ginebra: International Council of Nurses, 2012. pp. 9-18.

¹⁴ FANDIÑO, V.C. Ejercicio liberal de la enfermera(o) en el área materno infantil. Aquichan [internet] 2002 [consultado 28 septiembre 2019]; 2(1): 49-60. Disponible en <https://bit.ly/3jGCbLo>.

construcciones socioculturales determinadas por los papeles o roles, características y afectos de cada sexo, es decir, que hay prescripciones sociales obtenidas y difundidas por los procesos de socialización y comunicación, que construyen identidades, comportamientos y definiciones; tomando en cuenta la historia de la profesión de enfermería en el país, podemos retomar el hecho de que en sus inicios, era una labor exclusiva de las mujeres, mal remunerada económicamente, lo que puede influir en que las mujeres no consideren el factor financiero en el ejercicio de su profesión¹⁵.

SUBCATEGORÍA 2. LIMITACIONES PARA LA INSERCIÓN EN EL ELPE

En esta subcategoría se encuentran los factores que las y los participantes consideran que dificultan la inserción de enfermeras y enfermeros en el ejercicio libre de la profesión.

Una de las limitaciones expresadas fue la cuestión económica y de infraestructura, mencionada por cuatro de los participantes, tres hombres y una mujer, es decir, de manera general, los varones piensan que las principales limitaciones para insertarse en el ELP son los recursos económicos para poner un consultorio, así como el tener equipamiento necesario para su funcionamiento. Sin embargo, aun con estas limitaciones, han incursionado en el ELPE de manera informal a través de consultas a domicilio o acondicionamiento de un espacio dentro de sus hogares.

También se expresaron limitantes de índole social institucional, en específico el hecho de que el gremio de enfermería no se visualiza en espacios de práctica independiente y solo como auxiliares en instituciones hospitalarias y de salud; cabe destacar que este discurso es más representativo del sexo femenino, ya que dos de las tres participantes lo expresaron y solo uno de los hombres mencionó limitaciones de tipo social relacionadas con la desconfianza al manejo del conocimiento de la salud, al ser joven en edad para su práctica privada.

Los resultados encontrados por Montes y Peza¹⁶ coinciden con lo anterior, ya que mencionan a los factores psicológicos como uno de los principales limitantes y debilidades que los profesionistas encuentran al incursionar en esta actividad, ya que conlleva la autopercepción de la profesión, la motivación, las expectativas de vida profesional y el autoconcepto de enfermera o enfermero. Asimismo, consideran factores socioculturales, donde toman en cuenta la proyección y aceptación social

¹⁵ MARTÍ, B. Minoría de hombres en la profesión de enfermería. Reflexiones sobre su historia, imagen y evolución en España. *Enfermería Global* [internet] 2015 [consultado 28 enero 2020]; (37): 328-334. Disponible en <https://bit.ly/37aaiWO>. FUENTES-POUGH, J.S. Componentes de la enfermería asociados al género y su relación con el desarrollo profesional. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. [internet] 2017 [consultado 22 mayo 2020]; 25(3): 201-211. Disponible en <https://bit.ly/33e5DCd>.

¹⁶ MONTES, M.L., PEZA, E. y SÁNCHEZ, B.E. Principales limitantes que tiene el licenciado en enfermería y obstetricia para el ejercicio libre de la profesión. [Tesis licenciatura]. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, 2000.



de la profesión, y, por último, los factores económicos, relacionados con el equipamiento, infraestructura, insumos y material de uso diario, servicios, etc.

Podemos observar lo mencionado, en los siguientes discursos:

... lamentablemente no se hace a veces por los mismos prejuicios que tiene la sociedad y prejuicios que inclusive los mismos profesores y compañeros tienen del libre ejercicio de la profesión. [...] me sigue repercutiendo mucho la edad, la imagen, dado que te ven joven, entonces dicen –«él qué experiencia va a tener, él qué va a saber»–, entonces las personas se crean prejuicios, te estigmatizan. *Orión*, 27 años.

... el reconocimiento [...] te identifican más como médico, entonces en ese sentido es una limitante, porque las enfermeras podemos hacer muchísimo más cosas. [...] seguía con ese chip implantado de que el enfermero debe de irse a un hospital y es ahí tu lugar, no veía cómo el enfermero podía dar consultas. *Andrómeda*, 28 años.

Los hallazgos muestran que, para los hombres, la principal limitante es lo económico, debido a que relacionan la edad con el ELP como primera elección laboral, sin una cartera de pacientes y, por consiguiente, con una entrada económica variable, en comparación con tener un empleo en una institución de salud que le dará un salario fijo y seguro. Asimismo, las cuestiones sociales tendrían que ver con que, a nivel nacional e internacional, el término de ejercicio libre de la profesión es nuevo, y tan solo en México la licenciatura en Enfermería sigue siendo bastante innovadora para la población en general, por lo que no se ha logrado tener el impacto deseado en su imagen y alcance a nivel social y del ámbito de la salud.

Podemos ver cómo la representación social de la enfermería no permite que se incorpore a espacios innovadores de trabajo, pues a lo largo del tiempo se ha construido esta imagen en la que la enfermería es una profesión dependiente, ya sea de otras profesiones o de instituciones, por lo que la sociedad y la misma profesión no logra visualizarse en instancias independientes al momento de egresar. Seguimos siendo el resultado de esas ideas o imágenes simbólicas que las personas construyen y la forma en que se relacionan con los contextos sociales y culturales en los que interactuamos¹⁷.

La visión y aceptación de la sociedad de una enfermería independiente y autónoma tiene un significado desde de la perspectiva de la antropología simbólica, ya que estamos hablando de un sistema compartido de símbolos y significados, producto de la historia y los estereotipos generados por la misma, en este caso sobre qué es la enfermería y cuál es su lugar en la sociedad; debido a que es una licenciatura nueva, el paradigma que la rodea no ha logrado reposicionarse y su base social y cultural tiende hacia prácticas centradas en la curación, dentro de instituciones hospitalarias y siempre en equipo multi- e interdisciplinario; y no se ha logrado

¹⁷ MORA, M. La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. Athenea Digital. [sitio internet] 2002 [consultado 5 diciembre 2019]; (2): 1-7. Disponible en <https://bit.ly/3nSfnKe>.



visualizar por sus integrantes y por la sociedad como competente para la atención independiente¹⁸.

Desde la teoría de las representaciones sociales, la profesión de enfermería se ve influenciada por el contexto laboral, social y político del ámbito sanitario y las determinantes del género, afectando los puestos laborales desde sus ingresos económicos como profesionistas hasta lo que significa para las personas estar al frente de la atención de la salud como enfermeras o enfermeros.

SUBCATEGORÍA 3. MOTIVACIONES Y BENEFICIOS PARA INSERTARSE EN EL EJERCICIO LIBRE DE LA PROFESIÓN EN ENFERMERÍA

Esta subcategoría describe cuáles son las motivaciones y beneficios que llevan a las y los enfermeros a insertarse en el ejercicio libre de la profesión.

Se encontró que una de las razones que conlleva la elección de dicho rol está relacionada con motivos personales, esto expresado por dos de los participantes, un hombre y una mujer. Así que esta concepción es igualitaria entre ambos sexos.

El hecho de generar una remuneración económica es otra de las motivaciones encontradas en los discursos, la cual es expresada por dos de los participantes, siendo estos varones. De esta manera, observamos que el beneficio económico nuevamente es un factor motivante referido solo por el sexo masculino para ejercer el ELPE.

Otros de los motivos mencionados fueron la falta de título por problemas sociales (por ejemplo, en época de huelga), referido por una mujer; el contar con las facilidades para abrir un consultorio, manifestado por un hombre; y el hecho de buscar alternativas del modelo médico hegemónico que dieran respuesta a necesidades de salud, siendo expresado por una mujer.

Sobre lo anterior, Genin, Éve-Michaudville y Cisneros¹⁹ mencionan que existen dos dimensiones que propician la motivación para que las y los egresados de Enfermería realicen un emprendimiento profesional: los retos, que son los desafíos y la iniciativa de dirigirse hacia nuevas áreas y maneras de generar ingresos; y la autenticidad, que conlleva los beneficios y libertades que se tienen al trabajar de manera autónoma a diferencia de realizarlo en una institución como empleado.

En los discursos de las y los participantes podemos ver estos factores antes mencionados:

¹⁸ LÓPEZ, C.M. Enfermería Cultural: Una visión antropológica de la enfermería en México. *Index Enferm* [internet] 2011 [consultado 15 diciembre 2019]; 24(4): 276-276. Disponible en <https://bit.ly/39frwoC>.

¹⁹ GENIN, É., ÉVE-MICHAUDVILLE, M. y CISNEROS, L. ¿Por qué dejar de ser empleada para convertirse en emprendedora o profesionista independiente? *Ciencias Administrativas, Teorías y Praxis* [internet] 2017 [consultado 28 octubre 2019]; 1(13): 2015-223. Disponible en <https://bit.ly/2HzeLK7>.



... principalmente creo que el factor motivante es el económico [...] eso es lo que va a empujar poco a poco a que más profesionales del gremio se dediquen a esta parte del ejercicio libre. *Leo*, 26 años.

... la poca respuesta de la medicina alópata, del modelo médico hegemónico hacia resolver problemas [...] la expectativa de ver las cosas diferentes y el ver que había poca respuesta en algunos casos de las enfermedades y había más complicaciones, me hizo buscar otras formas. *Norma*, 61 años.

Sobre estas narrativas, podemos observar que las motivaciones que incitaron a las y los participantes a incursionar en la práctica independiente son principalmente de tipo personal.

Por otro lado, acerca de los beneficios obtenidos en el ELPE uno de los mencionados es el de índole económica, expresado por cuatro de los seis participantes (tres mujeres y un hombre); es decir, este aspecto es mayormente percibido por las mujeres al momento de laborar.

También las(os) entrevistadas(os) consideran como beneficios del ejercicio independiente el crecimiento y satisfacción profesional obtenida, mencionado por dos hombres y una mujer; y la obtención de nuevos conocimientos y experiencia expresado por un hombre y una mujer.

Sobre el hecho de ser una actividad autónoma y no subordinada, únicamente fue considerada por 2 participantes mujeres.

En voz de los (as) participantes:

... Aparte de económicos, reconocimiento de que lo que hice me ha salido bien. *Columba*, 44 años.

... tener un beneficio económico [...], un beneficio personal porque yo me siento satisfecho, me siento realizado al poder aplicar mis conocimientos y ayudar a la gente y ver que está funcionando, eso a mí me deja satisfecho. *Leo*, 26 años.

... las cuestiones económicas, que tengas tu agenda, tu cartera de pacientes y que ganes dinero de esa parte, sin estar bajo la subordinación de un área médica, viviendo con estrés, haciendo lo que no te gusta hacer. *Andrómeda*, 28.

... la cuestión personal, la cuestión profesional, la experiencia que es una parte muy importante, donde a lo largo de estos poquitos años he aprendido a detectar cierta sintomatología, [...] profesionalmente creces a lo mismo que personalmente. *Orión*, 27 años.

... el ejercicio libre nos da eso, la autonomía, la independencia y que la disciplina de la enfermería no esté subordinada. *Norma*, 61 años.

Se observa que la percepción de los beneficios económicos obtenidos en el ELPE es igual de notoria para ambos sexos, así como el crecimiento profesional (ganancia de conocimientos y experiencia); sin embargo, la remuneración es tomada como un factor benéfico en la inserción de dicho rol por parte de los hombres, y en



el caso de las mujeres se percibe más a la hora de laborar; además de ser solo ellas (2) quienes mencionan como benéfico el hecho de ser una actividad donde se es autónomo y se trabaja sin la subordinación de otros.

Esto último tiene relación con el rompimiento de los estereotipos existentes en torno a la profesión de enfermería. Como lo menciona Arenas²⁰, «promueve los derechos económicos y la independencia de las mujeres enfermeras, como trabajo liberal siendo una alternativa atractiva y satisfactoria, que promueve la autonomía, la creatividad, la autorrealización profesional y la generación de nuevo conocimiento para el currículum de Enfermería».

Asimismo, la misma autora menciona que existen una serie de diferencias entre el trabajo institucionalizado hospitalario y el ELPE, resaltando el hecho de que este último involucra una autoexploración y reconocimiento de las potencialidades del profesional; a diferencia del cuidado institucionalizado, caracterizado por ofertar servicios aislados, dependientes de indicaciones de terceros y sin autonomía, donde además los beneficios van dirigidos a terceras personas aparte del paciente. Por ello, el ELPE requiere de mayor responsabilidad y cualificación al ser más complicado, pero también conlleva un mayor estatus social y mejores condiciones económicas.

Además, el ELPE se muestra más atractivo hacia las mujeres enfermeras, por el hecho de promover la independencia profesional, ya que la enfermería se ha categorizado históricamente dentro de las ocupaciones negativamente privilegiadas, caracterizada por estar relacionada con actos serviles y trabajos mecánicos que necesitan de instrucciones previas para su actuar técnico. Esta concepción social sigue siendo trascendental para el desarrollo de la disciplina, donde las aspiraciones profesionales para las y los enfermeros siguen siendo direccionada hacia ámbitos institucionalizado.

Es por ello por lo que la autonomía juega un papel importante en los beneficios obtenidos para las mujeres enfermeras en el rol independiente, ya que muestra las competencias profesionales que posee, que es avalado institucionalmente y que además permite estar al frente de la atención en salud de manera autónoma, tanto en la enfermedad como en la salud. También se rompe con el modelo médico que impera y muestra una innovadora propuesta de atención a la población a través del fomento al autocuidado y prevención de enfermedades²¹.

²⁰ ARENAS, G. El ejercicio libre de la profesión de enfermería en México: situación y trascendencia. [Tesis doctoral]. Perú: Universidad Nacional de Trujillo, 2015 [consultado 3 enero 2020]. Disponible en <https://bit.ly/2JaN36C>.

²¹ OLGUÍN, M. Historia de la enfermería en México: una práctica infravalorada. *Universitarios Potosino* [internet] 2018 [consultado 28 noviembre 2019]; 14(219): 18-21. Disponible en <https://bit.ly/2IXkrON>.



CONCLUSIONES

Es indudable que, en la actualidad, el contexto sanitario requiere de una enfermería que sea capaz de atender las necesidades de salud de la población, la cual tendría incidencia en una atención enfocada en el fomento de la salud, en la prevención de enfermedades y en la promoción del autocuidado; aún más ahora durante la pandemia por covid-19, que nos ha mostrado la importancia de la inversión en el primer nivel de salud. Nos hemos percatado de que son insuficientes los hospitales, los recursos materiales y sobre todo los recursos humanos. Además, dicho contexto y circunstancias evidencian que se necesita un perfil cada vez más específico de la atención de la salud y por ende de la enfermería, que debe tener las competencias necesarias para dar respuesta a las dificultades de salud presentes y a las consecuencias que se suscitan.

La presencia de dicha disciplina en la atención de la salud socialmente y profesionalmente se ha encasillado a la realizada en dependencias institucionales públicas y privadas, que muchas veces limitan el actuar profesional de las y los enfermeros. Sin embargo, ahora los perfiles de egreso de Enfermería en diversas universidades marcan la posibilidad del ejercicio libre de la profesión (ELP), donde se prepara en conocimientos, habilidades y competencias para un trabajo independiente y autónomo donde puedan ejercer fuera de las instituciones y sin la dependencia de otras disciplinas y/o terceros profesionales.

El ejercicio libre de la profesión en enfermería se proyecta como un escenario óptimo no solo como estrategia para arribar las problemáticas de salud actual, sino como una forma de empoderar a la disciplina ante la población en el primer nivel de atención, lo que conlleva el rompimiento de los estereotipos socioculturales y de género arraigados a dicha profesión; es decir, crear un escenario laboral donde se reconozcan nuevas representaciones sociales de su quehacer científico, de su definición, fundamentos, aplicaciones y atención social.

Mostrar lo que para los profesionistas es el ELPE y los beneficios que se obtienen a través de esta coadyuva a hacer más visible esta realidad y una mayor posibilidad dentro del ámbito laboral de la disciplina.

CONFLICTO DE INTERESES

Este estudio forma parte de la maestría en Enfermería de la División de Posgrado de la UNAM, donde las autoras se han involucrado desde los inicios de la misma, por lo que no existe conflicto de intereses en su publicación.

RECIBIDO: 10-2-2021; ACEPTADO: 15-7-2021

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ÁLVAREZ-GAYOU, J.L. *Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos cualitativos*. México: Paidós Educador; 2006. pp. 187-190.
- ARENAS, G. El ejercicio libre de la profesión de enfermería en México: situación y trascendencia. [Tesis doctoral]. Perú: Universidad Nacional de Trujillo, 2015 [consultado 3 enero 2020]. Disponible en <https://bit.ly/2JaN36C>.
- BRUEL, T.C., SCARPARO, H.B., CLAVO, A.R., SEBASTIÁN, J. y BLANCO, A. Estudio psicosocial sobre las representaciones sociales de género. *Divers: Perspect Psicol* [internet] 2013 [consultado 17 febrero 2020]; 9(2): 243-255. Disponible en <https://bit.ly/2HxzFsU>.
- CASTILLO, E. La fenomenología interpretativa como alternativa apropiada para estudiar los fenómenos humanos. *Investigación y educación en enfermería*. [internet] 2000 [consultado 12 agosto 2020]; 8(1): 27-35. Disponible en <https://bit.ly/2mFvdex>.
- DIARIO OFICIAL DE LA FEDERACIÓN. Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. (Título segundo) México: DOF, 1989:769 [consultado 10/6/2019]. Disponible en <https://bit.ly/1SBpqpT>.
- FANDIÑO, V.C. Ejercicio liberal de la enfermera(o) en el área materno infantil. *Aquichan* [internet] 2002 [consultado 28 septiembre 2019]; 2(1): 49-60. Disponible en <https://bit.ly/3jGCbLo>.
- FERREIRA, M. Teoría de las representaciones sociales y contribuciones para las investigaciones sobre atención en salud y en enfermería. *Escola Anna Nery* [internet] 2016 [consultado 14 enero 2020]; 20(2): 1-2. Disponible en <https://bit.ly/33d6LG6>.
- FLACSO. Las representaciones sociales: Ejes teóricos para su discusión. Costa Rica: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales, 2002: 11-20 [consultado 20 febrero 2020]. Disponible en <https://bit.ly/2UWhkc8>.
- FUENTES-PLOUGH, J.S. Componentes de la enfermería asociados al género y su relación con el desarrollo profesional. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. [internet] 2017 [consultado 22 mayo 2020]; 25(3): 201-211. Disponible en <https://bit.ly/33e5DCd>.
- GENIN, É., ÉVE-MICHAUDVILLE, M. y CISNEROS, L. ¿Por qué dejar de ser empleada para convertirse en emprendedora o profesionista independiente? *Ciencias Administrativas, Teorías y Praxis* [internet] 2017 [consultado 28 octubre 2019]; 1(13): 2015-223. Disponible en <https://bit.ly/2HzeLK7>.
- HERNÁNDEZ, R., FERNÁNDEZ, C. y BAPTISTA, P. *Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. México: Mac Graw Hill; 2018. p. 398.
- INEGI. Estadísticas a propósito de día internacional de la enfermera y el enfermero (6 de enero), 2015 [sitio internet] [consultado 2 octubre 2020]. Disponible en <https://bit.ly/2IXkc6l>.
- LÓPEZ, C.M. Enfermería Cultural: Una visión antropológica de la enfermería en México. *Index Enferm* [internet] 2011 [consultado 15 diciembre 2019]; 24(4): 276-276. Disponible en <https://bit.ly/39frwoC>.
- MARTÍ, B. Minoría de hombres en la profesión de enfermería. Reflexiones sobre su historia, imagen y evolución en España. *Enfermería Global* [internet] 2015 [consultado 28 enero 2020]; (37): 328-334. Disponible en <https://bit.ly/37aaiWO>.
- MONTES, M.L., PEZA, E. y SÁNCHEZ, B.E. Principales limitantes que tiene el licenciado en enfermería y obstetricia para el ejercicio libre de la profesión. [Tesis licenciatura]. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, 2000.



- MORA, M. La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. Athenea Digital [sitio internet] 2002 [consultado 5 diciembre 2019]; (2): 1-7. Disponible en <https://bit.ly/3nSfnKe>.
- OLGUÍN, M. Historia de la enfermería en México: una práctica infravalorada. Universitarios Potosino [internet] 2018 [consultado 28 noviembre 2019]; 14(219): 18-21. Disponible en <https://bit.ly/2IXkrON>.
- SANDERS, E. y KINGMA, M. Manual sobre la Práctica empresarial las enfermeras crean oportunidades como empresarias y como emprendedoras. Ginebra: International Council of Nurses, 2012. pp. 9-18.
- STEIN, D, TEIXEIRA, M.C., BIAZUS, C., DUTRA, L. y TONSON, M. Entrepreneurial Learning in Nursing a Propulsive Strategy of New Spaces for Professional Performance. Journal of Entrepreneurship & Organization Management [internet] 2018 [consultado 13 junio 2020]; 7(3): 1-4. Disponible en <https://bit.ly/2HEhVwc>.
- WEISZ, C.B. La representación social como categoría teórica y estratégica metodológica. Rev. CES. Psicol [internet] 2017 [consultado 3 noviembre 2019]; 10(1): 1-10. Disponible en <https://bit.ly/3m2Vzn3>.



DE ESTUDIANTE DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA A ENFERMERA, EN TIEMPOS DE COVID-19. ESTUDIO EXPLORATORIO

María Mercedes Arias Hernández*, Cristo Manuel Marrero González**, Alfonso Miguel García Hernández***

RESUMEN

El paso de estudiante a profesional es un período de transición donde la nueva enfermera vivencia nuevos sentimientos de estrés y angustia. Debido a la actual crisis sanitaria, esta transición puede ser aún más dura. Objetivos: realizar estudio descriptivo exploratorio sobre las vivencias durante esta etapa en enfermeras egresadas de la Universidad de La Laguna entre los años 2020 y 2021. Resultados más relevantes: las participantes señalan que el paso de estudiante a profesional es duro a nivel emocional y que se precisa de apoyo constante durante esta etapa. La actual crisis sanitaria no hizo que se plantearan cambiar de profesión. Conclusión: se requiere de estudio fenomenológico para profundizar en las dificultades a la adaptación laboral en este contexto de pandemia.

PALABRAS CLAVE: enfermera novel, pandemia covid-19, incorporación laboral, Universidad de La Laguna.

FROM NURSING STUDENT OF THE UNIVERSITY OF LA LAGUNA TORN,
IN COVID'S TIMES. AN EXPLORATORY STUDY

ABSTRACT

The transition from student to professional is a transition period where the new nurse experiences new feelings of stress and anguish. Due to the current health crisis, this transition may be even harder. Objectives: to carry out an exploratory descriptive study on the experiences during this stage in nurses graduated from the University of La Laguna between the years 2020 and 2021. Relevant results: we highlight that the participants point out that the transition from student to professional is hard on an emotional level and that constant support is needed during this stage. The current health crisis did not make them consider changing their profession. Conclusion: a phenomenological study is required to delve into the difficulties of adapting to work in this context of a pandemic.

KEYWORDS: Novice nurse, covid-19 pandemic, job incorporation, University of La Laguna.



INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

El paso de estudiante Enfermería a profesional enfermera supone un hecho importante, en muchos casos traumático, con muchos cambios arrolladores en su vida. Afrontar la realidad laboral, la nueva asunción de la responsabilidad como persona y profesional y la adaptación al nuevo contexto laboral y profesional supone, tal vez, el hecho más importante que tendrán en su carrera (Marrero González & García Hernández, 2017). El hecho de asumir la responsabilidad y de cometer un posible error que afecte a la seguridad de sus pacientes son sentimientos predominantes (Marrero González & García Hernández, 2017).

La adaptación no es nada fácil, especialmente cuando hablamos de incorporarse a servicios o especialidades complejas como pueden ser urgencias, críticos o pediatría, teniendo peores vivencias para adaptarse debido a la excesiva rotación de contratos y servicios, al trabajo en instituciones privadas o en hospitales de tercer nivel. Prácticamente, no se han tenido en cuenta programas de preparación u orientación para mejorar su preparación y adaptación al mundo profesional (Marrero González & García Hernández 2017; Marrero González & García Hernández; Marrero González & García Hernández, 2021).

Todos estos hechos han sido estudiados en enfermeras egresadas de anteriores promociones de la Universidad de La Laguna a las que vamos a estudiar a continuación. Entendemos que con la actual crisis sanitaria que se está viviendo, la transición de estudiante a principiante enfermera o novel puede ser más dificultosa. Por ello, planteamos este trabajo de investigación de carácter cuantitativo descriptivo y así con posterioridad desarrollar nuevas investigaciones.

OBJETIVOS

Realizar estudio exploratorio, mediante cuestionario *online*, de las enfermeras egresadas de la Universidad de La Laguna durante los cursos académicos 2019/2020 y 2020/2021, para detectar sus posibles dificultades y vivencias a la hora de ejercer la profesión enfermera en instituciones sanitarias de Tenerife durante la pandemia de la covid-19.

Plantear realizar estudio fenomenológico hermenéutico, según los resultados obtenidos en estas encuestas o cuestionarios, para profundizar en los signifi-

* Profesora titular de Escuela Universitaria del Departamento de Enfermería de la Universidad de La Laguna. Correspondencia: C/ Sta. María Soledad, s/n. Facultad de Ciencias de la Salud. Sección de Enfermería. Apartado 456. Código postal 38200. San Cristóbal de La Laguna. S/C de Tenerife. Correo electrónico: merarias@ull.edu.es.

** Enfermero en el Servicio Canario de la Salud. Área de Salud de Tenerife. Doctor por la Universidad de La Laguna.

*** Profesor titular de Universidad del Departamento de Enfermería de la Universidad de La Laguna. Doctor por la Universidad de La Laguna.

cados de las vivencias de estas participantes al haberse incorporado a trabajar en la actual pandemia de la covid-19 en las instituciones sanitarias de Tenerife (España).

MATERIAL Y MÉTODO

Se plantea un estudio cuantitativo descriptivo de corte transversal dirigido a la población de egresadas-os del Grado en Enfermería de la Universidad de La Laguna, durante los cursos académicos 2019/20 y 2020/21. En este período de tiempo el total de tituladas por la Universidad de La Laguna, pertenecientes a la Sección de Enfermería, asciende a un total de 273 e incluye a los grupos de La Laguna y La Palma. La captación de participantes se realizó mediante invitación por correo electrónico durante los meses de abril y julio de 2021. En dicho cuestionario se pide el consentimiento para participar en el estudio, de carácter voluntario, y se garantiza la confidencialidad y anonimato de las respuestas realizadas. La muestra obtenida asciende a un total de 57 participantes ($n = 57$), de la cual 32 participantes son egresadas del curso académico 2019/2020 y 25 son egresadas del curso académico 2020/2021.

La recolección de datos se realizó mediante cuestionario de elaboración propia, cumplimentado de forma telemática. El cuestionario diseñado consta de 21 ítems con respuestas mediante escala de Likert, y estructurado en tres bloques. La primera sección plantea, a través de cinco preguntas, aspectos relacionados con la preparación para el mundo laboral y profesional; la segunda sección explora a través de nueve ítems la dimensión de seguridad, y el tercer apartado investiga los aspectos de apoyo social mediante siete preguntas. La herramienta diseñada incluye un apartado inicial de recogida de datos sociodemográficos de las participantes en la investigación. Al finalizar el cuestionario, se invita a participar de forma voluntaria en un posterior trabajo de corte fenomenológico.

El tratamiento de los datos obtenidos se realizó mediante un análisis descriptivo de frecuencias con el programa informático Microsoft Office Excel 2021 en su versión en español.

RESULTADOS

Se obtuvieron un total de 57 sujetos de estudio, lo que supone un índice de participación del 21%. De las participantes, 32 (56%) egresaron en el curso académico 2020/2021 y, 25 (44%) durante el 2019/2020.

De los datos obtenidos resulta que 45 de las egresadas son mujeres (79%), con un rango de edad comprendida entre 20 y 30 años (83%) (gráfico 1), que se han incorporado entre 15 y 30 días después de finalizar su carrera (91%) y se encuentran en una situación laboral activa (96%).

Mayoritariamente (76%), las participantes han comenzado a ejercer la enfermería en atención especializada (hospitales de segundo o tercer nivel) y un 19% empieza su andadura profesional en atención primaria (gráfico 2).



Edad

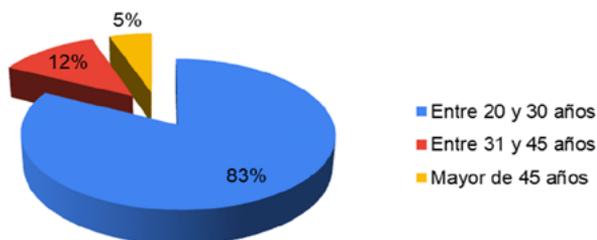


Gráfico 1.

Mi experiencia laboral inicial

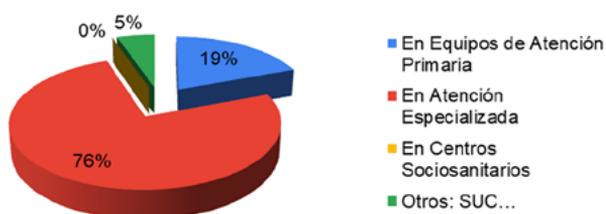


Gráfico 2.

Cabe destacar que el 63% de las encuestadas refieren que no recibieron formación específica al comenzar a trabajar en su lugar de trabajo.

Al abordar los temas de preparación laboral y profesional, destacamos que un porcentaje alto de las egresadas (70%) refiere que el paso de estudiante a profesional fue adecuado (gráfico 3), y más de la mitad (54%) afirma que la formación de Grado en la Universidad de La Laguna les ha proporcionado una adecuada preparación y formación para ejercer la profesión enfermera. El 45% está de acuerdo en que existen diferencias entre las ideas que tenían de la profesión enfermera durante el grado y la realidad enfermera asistencial.

El 47% de las encuestadas manifiesta que «está en desacuerdo o totalmente en desacuerdo» con respecto a la formación enfermera recibida para prestar cuidados a pacientes con covid-19; un 25% «está de acuerdo» con la formación recibida para cuidar a estos pacientes.

La mayoría (68,4%) está de acuerdo en que hubiera sido conveniente un plan de acogimiento por parte de las instituciones empleadoras, para iniciarse en el puesto de trabajo.

Mi paso de estudiante a enfermera-o fue adecuado



Gráfico 3.

De acuerdo/Totalmente de acuerdo

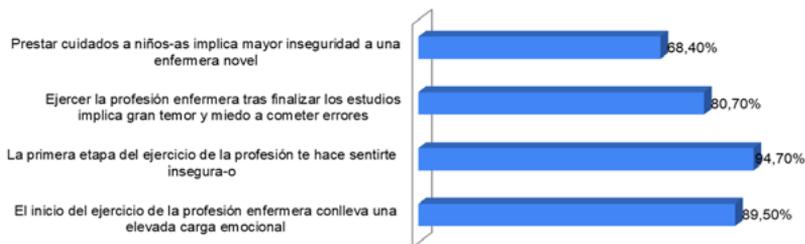


Gráfico 4.

Al investigar aquellos aspectos relacionados con la seguridad y la vivencia personal de la incorporación al mundo laboral resulta que el 89,5% de las encuestadas manifiestan estar de acuerdo/totalmente de acuerdo (gráfico 4) en que el inicio del ejercicio de la profesión conlleva una elevada carga emocional; el 94,7% manifiesta que el inicio les hace sentirse inseguras y que, en esta etapa, existe temor a cometer un posible error al 80,7%.

El 68,4% consideran que ejercer la profesión prestando cuidados a niños-as genera más inseguridad a una recién titulada y comenzar a trabajar en atención primaria no supone que sea una mejor incorporación (38,6%).

La mayoría de las encuestadas están en desacuerdo/totalmente en desacuerdo (gráfico 5) en que se posponga la incorporación laboral unos meses tras haberse graduado (68,4%) y en que una enfermera novel no tenga que incorporarse a servicios complejos como una unidad de cuidados críticos, urgencias o quirófano (43,85%).

La gran mayoría de la muestra estudiada de enfermeras recién graduadas no se plantearon abandonar la profesión (78,95%), o de cambiar su puesto de tra-



En desacuerdo/Totalmente en desacuerdo

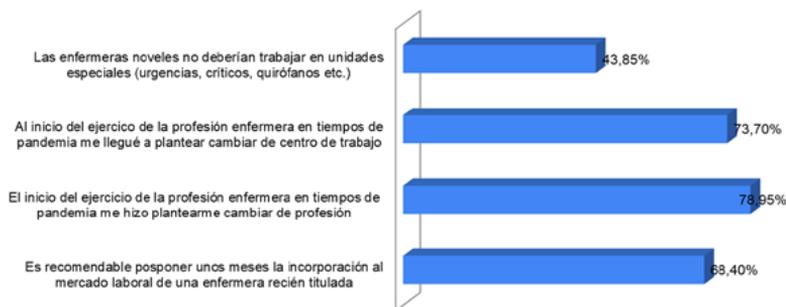


Gráfico 5.

De acuerdo/Totalmente de acuerdo

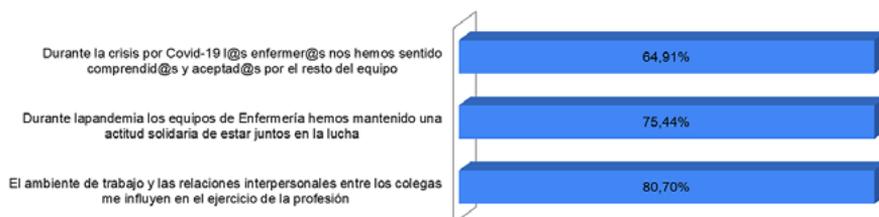


Gráfico 6.

bajo (73,7%), a pesar de estar viviendo su incorporación al mundo laboral en tiempos de pandemia.

En relación con el apoyo social e interpersonal que se percibe en la etapa del recién titulado manifiestan que están de acuerdo/totalmente de acuerdo (gráfico 6) al afirmar que las relaciones interpersonales y el ambiente de trabajo se consideran importantes para ejercer la enfermería (80,7%); que los equipos de enfermería se han mantenido unidos o solidarios durante esta crisis pandémica (75,4%), y el 64,9% se han sentido comprendidas y apoyadas por parte del resto de compañeros al comenzar a trabajar.

El 36,8% expresa no estar ni de acuerdo ni en desacuerdo en que se hayan sentido apoyadas por parte de supervisores. Hay un claro desacuerdo/totalmente en desacuerdo (52,63%) con respecto a que se hayan sentido apoyadas por algún profesor-a del grado, en la etapa inicial del ejercicio de la profesión enfermera.

Al comparar los resultados entre las promociones estudiadas no existen diferencias significativas; sin embargo, las egresadas de la promoción 2020/2021 refieren haber tenido más apoyo durante la transición al mundo laboral por parte del resto de compañeros coincidiendo con la etapa de la crisis sanitaria. En la anterior

promoción no existía tanta diferencia al respecto. También en esta promoción, no refieren que haya habido tantas diferencias entre las ideas que tenían de la profesión durante su formación en comparación con lo que encontraron al comenzar a trabajar. En esta muestra, se aprecia en los resultados que no hubo suficiente o adecuada formación específica para covid-19.

DISCUSIÓN

Nuestros resultados obtenidos coinciden con Casafont *et al.* (2021) en que la transición de estudiante a profesional es un rito de paso estresante, que genera miedo, ansiedad, tristeza e incertidumbre agravados por la situación actual de la pandemia y la crisis del sistema sanitario en general con esta situación, más aún por la falta de protocolos concretos y de orientación. Horan y Dimino (2020) hablan además de que se trata de un estrés moral, especialmente por la desorientación que tienen al comenzar a trabajar. La orientación, el seguimiento y el apoyo emocional en situaciones de crisis son clave para los sanitarios inexpertos (Casafont *et al.*, 2021). Las enfermeras encuestadas en nuestro trabajo dan mucha importancia a un hipotético programa de preparación u orientación. La actual crisis sanitaria intensificó las dificultades de los nuevos graduados (Crismon *et al.*, 2021).

Es evidente, como argumentan García Martín *et al.* (2021), que las enfermeras noveles pueden aprender mucho al trabajar en urgencias, pero genera mucho estrés y miedo especialmente debido a la sobrecarga de estos servicios durante la pandemia. Sin embargo, en nuestros resultados se refleja que por ser noveles no tienen por qué no comenzar en servicios como este. Crismon *et al.* (2021) reflexionan en que la pandemia al exacerbar la dificultad de la transición a enfermera puede contribuir a que existan abandonos de la profesión. En nuestro presente estudio, las enfermeras no se plantean abandonar la profesión, ni en su mayoría creen que no haya sido adecuada su formación y que no se les haya preparado para la transición durante la carrera: la dificultad radica en el desempeño profesional ya dentro de la institución y en que el paso siempre implica una gran carga emocional. Lo que está claro es que se requieren de muchas mejoras y apoyo para la incorporación laboral de las enfermeras, como explican Sarnkhaowkhom *et al.* (2021), porque son el futuro de la profesión y de la disciplina.

No lo abordamos en este estudio –seguro se indagará en el trabajo posterior fenomenológico– pero con la crisis sanitaria se hizo necesario contratar a estudiantes de Enfermería de cuarto curso debido a la alta presión asistencial que ha supuesto esta situación en España. Al respecto, Velarde-García *et al.* (2021) refieren que tienen poca orientación, trabajando sin roles ni tareas definidas, y afrontaban el trabajo con escaso apoyo y supervisión.



CONCLUSIONES Y ASPECTOS PARA ABORDAR EN EL ESTUDIO FENOMENOLÓGICO

Detectamos en este estudio exploratorio descriptivo que el paso de estudiante a profesional sigue siendo un rito de paso complejo y de gran carga emocional para la enfermera que recién titula y comienza a trabajar. Habrá que profundizar a nivel fenomenológico en las vivencias de las recién graduadas de estas últimas promociones, además de qué ha supuesto la actual pandemia para entrar en el contexto profesional y laboral. Hemos de indagar qué ocurre y qué dificultades detectan en el contexto laboral para no sentirse suficientemente apoyadas por parte de enfermeras más veteranas y por parte de las instituciones sanitarias que las contratan.

Además, es conveniente estudiar en mayor profundidad cuáles son los temores y vivencias que más han experimentado durante la transición de estudiante a profesional, en especial en cuidados pediátricos o intensivos. Estos temas fueron ya abordados en estudios anteriores (Marrero González, 2017) pero la mayoría de sus participantes fueron diplomadas en Enfermería –otro plan de estudios académico, tres cursos académicos– y las actuales egresadas son tituladas en grado, con lo que se han formado de forma desde otro «punto de vista». No hay que obviar tampoco entrevistar sobre cómo fue su incorporación laboral y qué mejoras aún se necesitan por implantar.

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

Se hubiera requerido una muestra de estudio más amplia para realizar una inferencia estadística, pero dada la escasa participación se ha tenido que optar por limitar la investigación a un estudio descriptivo.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran que no ha existido conflicto de intereses durante el desarrollo de la investigación.

RECIBIDO: 10-9-2021; ACEPTADO: 15-11-2021

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CASAFONT, C., FABRELLAS, N., RIVERA, P., OLIVÉ-FERRER, M.C., QUEROL, E., VENTURAS, M., PRATS, J., CUZCO, C., FRÍAS, C.E., PÉREZ-ORTEGA, S., y ZABALEGUI, A. (2021). Experiences of Nursing Students as Healthcare Aid During the COVID-19 Pandemic in Spain: A Phenomenological Research Study. *Nurse Education Today*, 97, 104711. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104711>.
- CRISMON, D., MANSFIELD, K.J., HIATT, S.O., CHRISTENSEN, S.S. y CLOYES, K.G. (2021). Covid-19 Pandemic Impact on Experiences and Perceptions of Nurse Graduates. *Journal of Professional Nursing*, 37, (2021), 857-865. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2021.06.008>.
- GARCÍA-MARTÍN, M., ROMAN, P., RODRIGUEZ-ARRASTIA, M., DIAZ-CORTES, M., SORIANO-MARTIN, P.J. y ROPER-RODRIGUEZ, C. (2021). Novice Nurse's Transitioning to Emergency Nurse During Covid-19 Pandemic: A Qualitative Study. *Journal of Nursing Management*, 29(2), 258-267. <https://doi.org/10.1111/jonm.13148>.
- HORAN, K.M. y DIMINO, K. (2020). Supporting Novice Nurses During the Covid-19 Pandemic. *The American Journal of Nursing*, 120(12), 11. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000724140.27953.d1>.
- MARRERO GONZÁLEZ, C.M. (2017). *Estudio Fenomenológico de la Experiencia de Incorporación al Contexto Laboral de Enfermeras Egresadas de la Universidad de La Laguna entre 2009 y 2014* (Tesis doctoral). Universidad de La Laguna (España).
- MARRERO GONZÁLEZ, Cristo Manuel y GARCÍA HERNÁNDEZ, Alfonso Miguel. (2017). Narraciones Pertencientes a Enfermeras Egresadas de la Universidad de La Laguna sobre cómo Mejorar su Incorporación al Mundo Laboral en Tenerife. *Ene*, 11(2) Recuperado el 4 de agosto de 2021, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2017000200004&lng=es&tlng=pt.
- MARRERO GONZÁLEZ, C.M. y GARCÍA HERNÁNDEZ, A.M. (2017). La Vivencia del Paso de Estudiante a Profesional en Enfermeras de Tenerife (España): un Estudio Fenomenológico. *Ene*, 11(1) Recuperado el 4 de agosto de 2021, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2017000100004&lng=es&tlng=en.
- MARRERO GONZÁLEZ, C.M. y GARCÍA HERNÁNDEZ, A.M. (2017). Reflexiones de Enfermeras Egresadas de la Universidad de La Laguna (España) sobre Cometer un Error en el Contexto Laboral. *Cultura de los Cuidados*, 0(48), 51-60. doi: <https://doi.org/10.14198/cuid.2017.48.06>.
- MARRERO GONZÁLEZ, C.M. y GARCÍA HERNÁNDEZ, A.M. (2021) First Job Experiences of RNs: Negative Perceptions and Work Environment (Tenerife, Canary Islands). *EC Nursing and Healthcare*, 3, (2), 108-119. <https://www.econicon.com/ecnh/ECNH-03-00167.php>.
- MARRERO GONZÁLEZ, C.M. y GARCÍA HERNÁNDEZ, A.M. (2021). What Services, or Work Units, Do Nurses Experience in a More Traumatic Way When Entering the Professional World in Tenerife, Spain? A Phenomenological Study. *Journal of Organizational Psychology*, 21(2), 160-167. <https://doi.org/10.33423/jop.v21i2.4201>.
- SARNKHAOWKHOM, C., PROMKANYA, A., POMISRIKEAW, S. y RITTHAPANYA, N. (2021). «Novice Nurse and Novel Coronavirus». Experiences of Novice Nurses Caring for Patients Diagnosed with Covid-19 in Thailand. *Nursing Open*, 10.1002/nop.2.996. Advance online publication. <https://doi.org/10.1002/nop.2.996>.

VELARDE-GARCÍA, J.F., CACHÓN-PÉREZ, J.M., RODRÍGUEZ-GARCÍA, M., OLIVA-FERNÁNDEZ, O., GONZÁLEZ-SANZ, P., ESPEJO, M.M., GONZÁLEZ-HERVÍAS, R., ÁLVAREZ-EMBARBA, B., MORO-LÓPEZ-MENCHERO, P., FERNÁNDEZ-DE-LAS-PEÑAS, C. y PALACIOS-CEÑA, D. (2021). «The Challenges of “Learning on the Go”: A Qualitative Study of Final-year Spanish Nursing Students Incorporated to Work During the First Covid-19 Pandemic». *Nurse Education Today*, 103, 104942. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.104942>.



A VUELTAS CON LA IMPORTANCIA DE LA FILOSOFÍA DE PATRICIA BENNER EN LA FORMACIÓN ENFERMERA Y EN LA INCORPORACIÓN LABORAL DE LAS ENFERMERAS EN CANARIAS (ESPAÑA)

Cristo Manuel Marrero González*

RESUMEN

El planteamiento del presente manuscrito tiene como objeto una reflexión libre y argumentada de cómo la filosofía de Patricia Benner puede servir de sustento en el paradigma formativo de las enfermeras una vez egresadas de la universidad y comienzan a incorporarse a las instituciones sanitarias a trabajar como profesionales de enfermería. Se aborda la fundamentación de la filosofía de Benner y la reflexión sobre lo mucho que hay que mejorar para la formación enfermera especializada.

PALABRAS CLAVE: Patricia Benner, enfermera novel, especialización.

IMPORTANCE OF BENNER'S PHILOSOPHY IN TRAINING AND EMPLOYMENT OF NURSES IN CANARY ISLANDS (SPAIN)

ABSTRACT

The purpose of the present manuscript is a free and argued reflection on how Patricia Benner's philosophy can support the training paradigm of nurses once they graduate from university and begin to join health institutions to work as nursing professionals. The foundation of Benner's philosophy and the reflection on how much needs to be improved for specialized nursing training are addressed.

KEYWORDS: Patricia Benner, novice nurse, professional specialization.



PLANTEAMIENTO DESDE LA LIBRE REFLEXIÓN

Ya desde 2017, con los resultados de la tesis doctoral que defendí en ese mismo año (Marrero, 2017), hemos venido planteando la necesidad de una reflexión profunda sobre la enfermera novel en España. La cuestión radica en cómo se puede mejorar la iniciación de la nueva profesional en un sistema laboral sanitario mercantilista, utilitarista y libertario que rara vez ha tenido en cuenta el perfil de la profesional que demanda empleo a las instituciones sanitarias, sean públicas o privadas. En estas últimas, las condiciones se pueden calificar como inaceptables. Tanto que se habla de la seguridad del paciente, del empoderamiento de la enfermería, de la prescripción enfermera, de algo así como de «práctica avanzada en enfermería»... Y continuamos con el maltrato laboral, con la excesiva rotación de enfermeras entre diferentes especialidades, aunque estén formadas en especialidades concretas y con la escasa formación y orientación de las instituciones sanitarias.

Esto ha sido en connivencia con gestores, con universidad española, sindicalismo y colegiatura profesional.

Seguro que alguien se ha preguntado alguna vez cómo llega a convertirse una enfermera principiante en experta. En nuestro contexto, la enfermera se convierte en veterana a base de maltrato institucional y gestor dentro del complejo microsistema social y cultural que es el sistema sanitario. Hay que pasar por diferentes etapas, por diferentes ritos de paso para poder no solo tener un desempeño mínimamente seguro y sin tutela –tutela que sobrecarga a las enfermeras veteranas porque no existe programa de formación concreto ni oficial para acoger repentinamente a alguien nuevo en una especialidad determinada–, sino también de aceptación y de integración dentro de la nueva cultura que supone el nuevo lugar de trabajo.

Tomando en cuenta el trabajo de Madeleine Kramer (1974), de por qué las enfermeras decidían dejar la profesión enfermera en la década de 1960, Patricia Benner (1987) da los primeros pasos para tratar de comprender el contexto de la enfermera en el mundo laboral estadounidense. Hay un llamado «choque con la realidad» similar al choque cultural que puede experimentar cualquier ser humano cuando abandona su país, cultura, o, llamémoslo así, zona de confort (Kottak, 2011). Esto es un paralelismo porque, recordemos, el microsistema laboral sanitario es una «nación en miniatura» donde hay «normas», «reglas», «gobernantes», «ciudadanos»... Donde hay mucha variabilidad entre personalidades y realidades que podemos indicar que es un contexto sociológico con múltiples diferencias psicológicas entre sus integrantes.

* Enfermero en el Servicio Canario de la Salud. Área de salud de Tenerife (España). Doctor por la Universidad de La Laguna (España). Estudiante de Antropología Social y Cultural de la Universidad Nacional de Educación a Distancia (España). Calle Infante Juan Manuel 16, 38010. Santa Cruz de Tenerife. Tenerife. España. Tel: (+34 696134384). Correo electrónico: cmarrero-gonzalez@gmail.com.

No obstante, la integración de la nueva enfermera en este microsistema depende mucho de la competencia profesional, dominio o como queramos llamarlo. Al fin y al cabo, el respeto y admiración profesional del resto de personas del equipo va a depender de su competencia profesional sin obviar la aceptación social del resto de enfermeras, auxiliares, celadores o médicos.

Las relaciones interpersonales se hacen complejas dentro de un contexto tan exigente como es el sanitario. Ser competente profesionalmente es un requisito para que una nueva enfermera se integre en una nueva unidad de trabajo. Es la base de aceptación social en su puesto de trabajo. Las enfermeras, especialmente las eventuales, estamos constantemente viviendo ritos de paso. Dejamos atrás una posición social dentro del microsistema social y laboral que es una especialidad o institución sanitaria y nos abrimos hacia otra (Turner, 1999; Marrero González & García Hernández, 2017). Los ritos de iniciación dentro de la sanidad no están definidos del todo: podemos llamarlos programas de posgrado, de orientación, tutorización, formación sanitaria especializada (EIR) –este es el desarrollado, pero no es suficiente– (Marrero González & García Hernández, 2017).

DE PRINCIPIANTE A EXPERTA. ALGO MUY HUMANO

Los seres humanos aprendemos mediante repetición, mediante la copia de patrones. Así funciona nuestro aprendizaje, sin olvidar que al ser sociales aprendemos de manera dialógica, mediante socialización, dando como resultado eso que se llama cultura. Es decir, a nivel epigenético tenemos unas capacidades que vienen de base para el aprendizaje. Unas estructuras anatómicas y fisiológicas que nos vienen de serie tras miles de años de evolución. Tras el nacimiento ya comenzamos a aprender porque somos seres sociales, mientras al mismo tiempo continúa madurando nuestro encéfalo.

Con el aprendizaje social que aprehendemos de nuestro entorno y con nuestra capacidad para el lenguaje, para el habla y para el diálogo hacemos cultura (Díaz de Rada, 2012). La cultura es una característica humana única que se aprende de forma consciente o de forma inconsciente. A este proceso se le denomina endoculturación (Harris, 1990). Todo ello, unido a esas estructuras genéticas, anatómicas y fisiológicas que vienen de serie y que se desarrollan en nuestra infancia, hace que practiquemos el aprendizaje. De hecho, es la cultura lo que diferencia a un ser humano de cualquier otro animal. Pero no una cultura general, sino que cada grupo humano tiene la suya propia: los japoneses tienen la suya, los canarios tienen la suya, los brasileños la suya también, y en particular las enfermeras tienen la suya dentro de la profesión y dentro de cada institución sanitaria existen enfermeras con culturas diferentes que han aprehendido dentro de las mismas. Es conocimiento a través del diálogo, de la socialización y además de la observación dentro del lugar, pero también del simbolismo. La cultura es una capacidad o «herramienta» humana de conocimiento, de adaptación y también lo ha sido de evolución. De interpretar intersubjetividades también se desarrolla una enfermera (Geertz, 1973).



Una enfermera principiante/novel, o principiante en una especialidad determinada, está constantemente aprendiendo. Eso nos explica la doctora Benner (1987), cuando las enfermeras vamos pasando por las etapas de profesionalización que describe: principiante, principiante avanzado, competente, eficiente y experto. Estas fases no son más que aprendizaje continuo consciente e inconsciente.

Las fuentes del aprendizaje son conocimiento implícito y conocimiento explícito o conocimiento tácito. El primero se aprende mediante el estudio, la lectura; el segundo lo aprendemos de manera intuitiva, experimental, con el andar de la vida. De este último conocimiento ya nos hablaba Aristóteles y nos lo explica aún mejor el científico y filósofo de la ciencia Polanyi. Hay cosas que solo aprendemos a través de caminar por la vida, por experimentar, por vivir situaciones determinadas. De aprender así generamos mucho conocimiento inconsciente, que no sabemos explicar con palabras porque es una sabiduría que la consideramos básica, natural. Este es un aprendizaje también desarrollado por la repetición, por la asimilación de patrones que se dan una y otra vez. Así hemos ido aprendiendo los hombres y mujeres desde que empezamos a ponernos de pie. Según Polanyi el conocimiento verdadero se encuentra en la habilidad de usarlo porque todo proceso de conocimiento siempre está envuelto en una dimensión tácita (Melo *et al.*, 2019).

Desarrollamos a nivel cognitivo, esquemas culturales (Velasco, 2013). Esta sabiduría intuitiva o conocimiento tácito nos permite a las enfermeras adelantarnos a problemas y soluciones en nuestra práctica clínica diaria: por poner un ejemplo, podemos valorar a un paciente en una unidad de intensivos y detectar problemas casi con pocos datos objetivos. Porque para lograr un desempeño competente en una unidad de cuidados intensivos la enfermera debe ser capaz de aplicar el saber teórico y el práctico de manera conjunta, aunque a veces lo práctico se aprende antes que lo teórico o implícito (González, 2017). ¿Cuántas veces no hemos aprendido muchas cosas trabajando y luego las encontramos en manuales, protocolos, guías de práctica clínica o artículos de investigación?

El modelo de los hermanos Dreyfus, en la toma de decisiones de los pilotos aéreos principiantes y de los veteranos, es el paralelismo que hizo Benner para describir las fases de aprendizaje de las enfermeras (Benner, 1984; Alfaro-Lefevre, 2009; Raile & Marriner, 2018).

Así entonces, el conocimiento tácito se puede definir como aquel que se utiliza de forma intuitiva e inconsciente caracterizándose por ser personal y contextual (Pérez-Fuillerat *et al.*, 2017).

Repetición, asimilación de patrones, conocimiento explícito o tácito... Pero la enfermera principiante no puede aprender sola: debe socializar y aprender de las veteranas. No es solo un aprendizaje experimental, sino dialógico. Por esta razón han de existir discípulas y maestras. Es ley de vida. Las veteranas, por tanto, tienen que apoyar, animar, consolar y guiar a las novatas para que estas sean cada vez más competentes y se integren mejor socialmente en la especialidad o institución sanitaria. Ya había mencionado anteriormente que, para ser aceptada socialmente dentro de la unidad de trabajo, el requisito es ser competente profesionalmente. Las veteranas han de ser empáticas con la que llega nueva, porque como ya se ha venido diciendo nos podemos quedar sin enfermeras si no cuidamos las generaciones que



vienen tras las nuestras (Meissner, 1986; Meissner, 1999). Los factores que tienen que ver con el desarrollo de habilidades para la resolución de problemas clínicos y de toma de decisiones no son solo de índole personal, sino también social (Morán *et al.*, 2016). La principiante avanzada –recién egresada– aún no tiene la capacidad de asimilar el grado de responsabilidad que conlleva la toma de decisiones (González, 2017). La responsabilidad es una vivencia de mucho peso moral (Marrero González & García Hernández, 2017).

No estoy diciendo con esto que el conocimiento teórico o implícito lo dejemos a un lado. Conocimiento teórico y conocimiento práctico son vasos comunicantes. El conocimiento práctico crea conocimiento teórico y crea conocimiento basado en la evidencia. Actuar y contrastar es desarrollar el juicio, no solo clínico. Benner comprende la enfermería como una disciplina que tiene como fin también una actuación ética en beneficio del paciente. Es por eso por lo que el desarrollo del juicio abarca no solo lo asistencial. Ambos conocimientos promueven el desarrollo gradual de la competencia profesional porque se genera un saber que debe ser puesto en práctica para dar cuidados de calidad (González, 2017). Considero importante que ya incluso al estudiante de enfermería hay que motivarlo a la toma de decisiones sustentada en aspectos éticos y a favorecer la adquisición de competencias en situaciones reales específicas para desarrollar el juicio (Escobar Castellanos, 2019).

Pero, sin embargo, las instituciones y gestores deben ponerse las pilas, como se dice coloquialmente. Las expertas o veteranas necesitan apoyo para guiar a las nuevas. Formar profesionales de enfermería para la práctica reflexiva implica un desafío de trabajo colectivo entre las instituciones académicas y las sanitarias (Morán *et al.*, 2016).

La filosofía de Patricia Benner se sustenta en una fenomenología no solo descriptiva, sino interpretativa o hermenéutica. El estudio de las experiencias, de las vivencias porque al fin y al cabo la práctica de la enfermería es una vivencia que hay que interpretar para aprender. Puedo decir que su legado teórico tiene como base la antropología filosófica y además de lingüística y cognitiva: al comenzar este epígrafe hablaba de la llamada endoculturación, de que los seres humanos somos sociales, dialógicos, que formamos cultura, que aprehendemos. Pues *grosso modo*, la antropología filosófica, la fenomenología y la antropología cognitiva tratan de dar respuesta o explicación a lo que estamos abordando.

Lo abordado por Benner se ajusta de forma adecuada a la realidad. El aprendizaje teórico acompañado de la práctica permite desarrollar la formación de competencias pertinentes en la profesional de enfermería para el cumplimiento de los cuidados (Guía-Yanes, 2019). Desde luego, cabe decir que conocer más en profundidad la etapa de principiante avanzada en la filosofía de Patricia Benner favorece un mayor entendimiento de la profesión tanto de la naturaleza de sus intervenciones como del conocimiento implícito (González, 2017).

Insisto pues en que convertirse en veterana o experta no es camino o proceso sencillo. Ser una profesional que trabaje con eficacia y eficiencia y que haya aprehendido muchos dominios o competencias de una institución o especialidad específica requiere tiempo, constancia, acompañamiento, una buena predisposición de las profesionales veteranas para enseñar y acompañar y que la enfermera prin-



ciante sea receptiva y sepa valorar la atención que se le está brindando. Es decir, que esté motivada y desee aprender.

El concepto de «práctica enfermera avanzada», que con buena fe se ha intentado utilizar y aplicar en el sistema sanitario español, carece de una fundamentación, de unos programas de orientación. La enfermera avanzada, experta o veterana no nace de la noche a la mañana. Una enfermera tiene potencialidades para asumir pacientes complejos, pero por ejemplo una profesional experta en la detección y valoración temprana de signos de un posible ictus no nace, se hace. Y se hace formándose, obviamente, viviendo situaciones similares semanas tras semana, cometiendo errores y teniendo muchos aciertos. No el título de enfermera por sí solo te da las competencias completas. Creo que hay que tratar de hacer la casa por los cimientos y no por el techo, como creo que equivocadamente se ha venido haciendo. Porque en los veranos, no todas las enfermeras somos veteranas y normalmente concatenamos varios contratos laborales en distintas especialidades.

Ahora teniendo claro el «origen» de la filosofía de la estadounidense Benner, reflexionemos sobre la realidad del mercado laboral sanitario canario y sus posibles mejoras.

REFLEXIÓN FINAL SOBRE LA REALIDAD LABORAL: ¿Y SI DE UNA VEZ ESTABILIZAMOS A LAS ENFERMERAS?

Rompiendo una lanza a favor de las instituciones públicas de mi contexto laboral, en los dos últimos años a las enfermeras se les ha tratado de estabilizar a nivel laboral y a nivel profesional. Durante la crisis económica de la década pasada, la enfermería en Canarias no gozaba de muchas oportunidades laborales de calidad. La inestabilidad laboral y la precariedad de los contratos era la tónica predominante. Las bolsas de empleo de las instituciones sanitarias públicas comenzaban a tratar a las enfermeras como mercancía fácilmente intercambiable y a menospreciar la labor de enfermería. Las llamadas penalizaciones por no aceptar un contrato de un día laboral o por no poder coger el teléfono a tiempo son un ejemplo de tales menosprecios.

En base a lo descrito por Benner, es necesario analizar las implicaciones que acarrea la rotación de personal porque en una nueva especialidad una enfermera se volverá a sentir como una aprendiz, aunque haya sido una enfermera muy competente en otra especialidad. Experimentará una regresión que afectará a la calidad del cuidado (Carrillo *et al.*, 2018).

Hoy en día, la formación posgrado mejor valorada por las enfermeras es la formación sanitaria especializada, enfermero interno residente (EIR), pero las especialidades y los programas de formación de estas no abarcan todos los ámbitos profesionales. Al indagar sobre qué propuestas de mejora creen las enfermeras que pueden desarrollarse para mejorar su incorporación laboral, proponen conceptos como «programas de orientación» o «tutorización» (Marrero González & García Hernández, 2017). Sin embargo, son conceptos que no son claros y evidentemente no existen como programas oficiales de formación. Como han argumentado Pérez-Fuillera *et*

al. (2017), se necesita de la elaboración de programas de enseñanza que promuevan la reflexión sobre la acción.

Me preocupa mucho que no se haya desarrollado la, creo, mal llamada especialidad en enfermería médico-quirúrgica. Es un cajón de sastre que no sabemos qué paradigma tiene o tendrá, qué ámbitos reales de formación abarca, y que además es una categoría ambigua e indeterminada. Se presupone que ha de abarcar los cuidados críticos y de urgencias, emergencias y grandes catástrofes, pero siento que nadie lo tiene claro. Porque ¿dónde categorizamos a la enfermería quirúrgica real que comprendería todo el cuidado pre-, intra- y postoperatorio? ¿Dónde colocamos a las enfermeras expertas en heridas, en ostomías, en diabetología...? Desde luego la vía EIR aquí no va a ser posible. Imitar el modelo de formación especializada de los médicos no sirve para enfermería en casos concretos como los mencionados. Habrá que dar muchas vueltas a la cabeza y ver qué hacemos para poder especializarnos en esas y otras áreas. Pecamos en hacer la casa empezando por el techo o en comprar el coche sin tener dinero. Y dinero va a hacer falta para llevar a cabo todo esto.

Para esas áreas concretas de actuación y de cuidados, habrá que encontrar una solución formal y legal para formar a las enfermeras. De hecho, son en las mal llamadas especialidades médico-quirúrgicas donde suelen sufrir más las enfermeras al comenzar a trabajar (Marrero González & García Hernández, 2020; Marrero González & García Hernández, 2021). Formaciones ya consolidadas como enfermería comunitaria, matrona, geriatría, salud mental o pediatría están teniendo éxito en la formación especializada. Se combina trabajar en la realidad asistencial con formación e investigación. Es decir, se combina el conocimiento teórico o implícito con el explícito y las enfermeras se sienten arropadas siendo guiadas durante todo el transcurso de su formación. Desde luego, la mentoría es un componente esencial dentro de la filosofía de Benner ya sea para una enfermera novel o para una enfermera nueva dentro de una nueva especialidad. Las enfermeras tutoras son el pilar fundamental para el éxito formativo (Mitchel *et al.*, 2018).

Aún hay mucho camino por recorrer y mucho trabajo por hacer.

RECIBIDO: 18-11-2021; ACEPTADO: 15-12-2021



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALFARO-LEFEVRE, R. (2009). *Pensamiento Crítico y Juicio Clínico en Enfermería*. Elsevier Masson.
- BENNER, P. (1987). *Práctica Progresiva en Enfermería: Manual de Comportamiento Profesional*. Editorial Grijalbo.
- CARRILLO ALGARRA, A.J., MARTÍNEZ PINTO, P.C. y TABORDA SÁNCHEZ, S.C. (2018). Aplicación de la Filosofía de Patricia Benner para la Formación en Enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*, 34(2), e1522. Epub 1 de junio de 2018. Recuperado en 1 de junio de 2021, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192018000200015&lng=es&tlng=es.
- DÍAZ DE RADA, Á. (2012). *Cultura, Antropología y Otras Tonterías*. Editorial Trotta.
- ESCOBAR-CASTELLANOS, B. y JARA-CONCHA, P. (2019). Filosofía de Patricia Benner, Aplicação em Treinamento de Enfermagem: Propostas de Estratégias de Aprendizagem. *Educação*, 28(54), 182-202. <https://dx.doi.org/10.18800/educacion.201901.009>.
- GEERTZ, C. (1973). *La Interpretación de las Culturas* (6.ª reimpresión, 2006). Editorial Gedisa.
- GONZÁLEZ NAHUELQUÍN, C. (2020). Competencias que Desarrolla una Enfermera en Etapa Principiante Avanzada en una Unidad de Cuidado Intensivo. *Horizonte De Enfermería*, 28(1), 27-41. https://doi.org/10.7764/Horiz_Enferm.28.1.27.
- GUÍA-YANES, M.A. (2019). «Teoría y Práctica en el Desarrollo de las Competencias de Enfermería en Pediatría». *Revista Vive*, 2(5), 84-91. <https://doi.org/10.33996/revistavive.v2i5.28>.
- HARRIS, M., (1990). *Antropología Cultural*. Alianza editorial.
- KOTTAK, C.P. (2011). *Antropología Cultural*. McGraw-Hill.
- KRAMER, M. (1974). *Reality Shock: Why Nurses Leave Nursing*. Mosby.
- MARRERO GONZÁLEZ, C.M. (2017). *Estudio Fenomenológico de la Experiencia de Incorporación al Contexto Laboral de Enfermeras Egresadas de la Universidad de La Laguna entre 2009 y 2014* (Tesis doctoral). Universidad de La Laguna (España). Disponible en <https://riull.ull.es/xmlui/handle/915/4485>.
- MARRERO GONZÁLEZ, C.M. y GARCÍA HERNÁNDEZ, A.M. (2017). La Vivencia del Paso de Estudiante a Profesional en Enfermeras de Tenerife (España): un Estudio Fenomenológico. *Ene*, 11(1) Recuperado en 7 de junio de 2021, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2017000100004&lng=es&tlng=es.
- MARRERO GONZÁLEZ, Cristo Manuel, & GARCÍA HERNÁNDEZ, Alfonso Miguel. (2017). Narraciones pertenecientes a enfermeras egresadas de la Universidad de La Laguna sobre cómo mejorar su incorporación al mundo laboral en Tenerife. *Ene*, 11(2) Recuperado en 6 de junio de 2021, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2017000200004&lng=es&tlng=pt.
- MARRERO GONZÁLEZ, C.M. y GARCÍA HERNÁNDEZ, A. (2017). Reflexiones de Enfermeras Egresadas de la Universidad de La Laguna sobre la Comisión de un Error. *Cultura de los Cuidados (Edición digital)*, 21(48), 51-60. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2017.48.06>.
- MARRERO GONZÁLEZ, C. y GARCÍA HERNÁNDEZ, A. (2020). ¿Qué Servicios, o Unidades de Trabajo, viven de Forma más Traumática las Enfermeras al Incorporarse al Mundo Profesional en Tenerife, España? Un estudio Fenomenológico. *Cultura de los cuidados*, 24(57), 61-71. Doi: <https://doi.org/10.14198/cuid.2020.57.06>.



- MARRERO GONZÁLEZ, C.M. y GARCÍA HERNÁNDEZ, A.M. (2021). First Job Experiences of RNs: Negative Perceptions and Work Environment (Tenerife, Canary Islands). *EC Nursing and Healthcare*, 3 (2), 108-119. Disponible en <https://www.econicon.com/ecnh/ECNH-03-00167.php>.
- MEISSNER, J.E. (1986). Nurses: Are We Eating our Young? *Nursing*, 16(3), 51-53.
- MEISSNER, J.E. (1999). Nurses are we Still Eating our Young? *Nursing2020*, 29(2), 42-49.
- MELO, A.P. de, SANTOS, Larissa Medeiros Marinho dos, POLLO, Tatiana Cury y BACHETTI, Livia da Silva. (2019). O conhecimento tácito a partir da perspectiva de Michael Polanyi. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 71(2), 34-50. <https://dx.doi.org/10.36482/1809-5267.ARBP-2019v71i2p.34-50>.
- MITCHELL, A., LUCAS, C., CISAR, P., WILSON, K. y BOWE, J. Mentoring Novice Nurses in Healthcare Organizations. *International Journal of Medical Science and Health Research*, 2 (1), 91-96. Disponible en http://ijmshr.com/uploads/pdf/archivepdf/2020/IJMSHR_02_24.pdf.
- MORÁN, L., QUEZADA, Y., GARCÍA, A., GONZÁLEZ, P., GODÍNEZ, S. y AGUILERA, M. (2016). Resolver Problemas y Tomar Decisiones, Esencia de Práctica Reflexiva en Enfermería. Análisis de la Literatura. *Enfermería Universitaria*, 13(1), 47-54. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.01.001>.
- PÉREZ-FUILLERAT, N., SOLANO-RUIZ, M.C. y AMEZCUA, M. (2019). Conocimiento Tácito: Características en la Práctica Enfermera. *Gaceta Sanitaria*, 33, 191-196. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.11.002>.
- RAILE, M. y MARRINER, A. (2018). *Modelos y Teorías en Enfermería*. Elsevier Health Sciences.
- TURNER, V. (1999). *La Selva de los Símbolos* (tercera edición). Siglo Veintiuno de España Editores.
- VELASCO, H. (2013). *Hablar y Pensar, Tareas Culturales. Temas de Antropología Lingüística y Antropología Cognitiva*. Editorial UNED.



VALORACIÓN DEL INTERÉS MANIFESTADO POR LAS ENFERMERAS ASISTENCIALES ACERCA DE DISPONER DE UN CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN ENFERMERA DE LAS CAPACIDADES COMUNICATIVAS EN LA AFASIA

Willian Jesús Martín-Dorta*, Pedro Ruymán Brito-Brito**, Estela Sainz-Fregel***, Elena Martín-Felipe^o, Raquel Miranda-Martín^{oo}, Alfonso Miguel García-Hernández^{ooo}

RESUMEN

La afasia es el trastorno de los procesos implicados en la expresión y comprensión del lenguaje secundario a un daño cerebral adquirido. La afasia genera un gran impacto sobre la calidad de vida, afectando al desarrollo de las ABVD. Objetivo: evaluar el interés que manifiestan las enfermeras por disponer de un instrumento de fácil aplicación, que evalúe, según áreas de interés para el cuidado, las capacidades comunicativas en pacientes con afasia. Método: estudio descriptivo mediante una encuesta administrada a 70 enfermeras de diferentes ámbitos de atención. Resultados: el 50% de las enfermeras manifestaron que este instrumento resultaría de bastante utilidad, con un alto nivel de aplicabilidad. Conclusión: este estudio apoya la necesidad de un instrumento enfermero con las características planteadas.

PALABRAS CLAVE: afasia, evaluación en enfermería, encuestas y cuestionarios, comunicación en salud.

ASSESSMENT OF THE INTEREST EXPRESSED BY NURSES IN HAVING A NURSING QUESTIONNAIRE ASSESSING THE ABILITY TO COMMUNICATE AMONG INDIVIDUALS WITH APHASIA

ABSTRACT

Aphasia is the disorder of the processes involved in the formulation and interpreting language secondary to acquired brain damage. Aphasia has a great impact on quality of life, affecting the development of ABVD. Objective: to explore the interest expressed by nurses in having an easy-to-apply instrument that assesses, according to areas of interest for care, communication skills in patients with aphasia. Method: Descriptive study through a survey administered to 70 nurses from different healthcare settings. Results: 50% of nurses reported that this instrument would be quite useful with a high level of applicability in healthcare practice. Conclusion: This preliminary study supports the need for a nursing instrument with the proposed characteristics.

KEYWORDS: Aphasia, nursing assessment, surveys and questionnaires, health communication.



INTRODUCCIÓN

La afasia se define como la alteración de alguna o de todas las habilidades, asociaciones y hábitos del lenguaje hablado o escrito, producidas por una lesión en ciertas áreas cerebrales especializadas en tales funciones (Goodglass y Kaplan, 1983). Las definiciones más actuales consideran la afasia como un trastorno cognitivo multimodal que afecta, no sólo a la comprensión auditiva, el lenguaje oral, la lectura y la escritura, sino también a otros procesos cognitivos dependientes de la actividad del hemisferio cerebral izquierdo, como la memoria auditivo-verbal a corto plazo y la atención, que son indispensables para el funcionamiento adecuado del lenguaje (McNeil y Pratt, 2001). Para los profesionales que centramos nuestro interés en la ciencia del cuidado son especialmente relevantes aquellas definiciones en las que sus autores no hacen referencia únicamente a los trastornos específicos del lenguaje, sino que además subrayan cómo éstos afectan a diferentes aspectos de la vida de la persona con afasia. Tejedor (1998) señala que, para algunos autores, el concepto de afasia representa una concepción más amplia, en la que se incluye toda dificultad que el paciente presente en la función simbólica como resultado de una lesión cerebral, pero sin olvidar que este trastorno afecta a la personalidad del paciente limitando, en gran medida, su vida normal. De acuerdo con esta concepción sería incomprendible entender la afasia como un trastorno netamente lingüístico. A este respecto, tanto las personas afásicas como sus familiares informan de las numerosas consecuencias negativas que genera este proceso (Cruice *et al.*, 2010). Los cambios en el lenguaje afectan a las relaciones interpersonales, generan dificultad en el control emocional, sensación de dependencia física, pérdida de autonomía, restricción en la interacción social, sentimientos de soledad, malestar, estrés, irritabilidad y ansiedad (Le Dorze y Brassard, 1995).

Otro aspecto relevante tiene relación con la calidad de las interacciones entre el personal sanitario, especialmente el personal de enfermería, y las personas con afasia. La comunicación efectiva es esencial para lograr una atención integral y actualmente se reconoce que una buena comunicación enfermera-paciente es fundamental para la prestación de unos cuidados de calidad y como parte integral de los procesos de evaluación, promoción de la salud y búsqueda de una mayor autonomía del paciente (Thompson y McKeever, 2014). Sin embargo, algunos autores

* Alumno de doctorado de la Universidad de La Laguna. Servicio Canario de Salud, Santa Cruz de Tenerife, España.

** Profesor asociado de Enfermería. Universidad de La Laguna. Gerencia de Atención Primaria. Servicio Canario de Salud, Tenerife. España.

*** Enfermera. Atención Primaria. Servicio Canario de Salud, Tenerife. España.

◊ Enfermera del Hospital Universitario Ntra. Sra. de Candelaria. Servicio Canario de Salud, Tenerife. España.

◊◊ Enfermera. Atención Primaria. Servicio Canario de Salud, Tenerife. España.

◊◊◊ Profesor titular de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de La Laguna, España.

han explorado las interacciones comunicativas naturales entre el personal de enfermería y los pacientes con afasia o disartria, encontrando que, generalmente, son las enfermeras las que toman el control de las conversaciones, el diálogo se centra en las tareas propias de la actividad enfermera y los pacientes rara vez tienen la oportunidad de iniciar una conversación, participando de manera escasa en las mismas (Finke *et al.*, 2008; Gordon *et al.*, 2009). Esta comunicación asimétrica implica una limitación del «yo» y genera una pérdida en la autonomía que dificulta la participación del paciente afásico en su propio cuidado, favoreciendo la aparición de sentimientos de frustración, impotencia, miedo, rabia o resignación (Thompson y McKeever, 2014). En los últimos veinte años, la creciente producción de investigación enfermera, refleja el interés por la atención de los pacientes con trastornos del lenguaje y la comunicación y la toma de consciencia sobre cómo una comunicación eficaz influye en la calidad de los cuidados que la enfermera presta a estos pacientes (Hemsley *et al.*, 2001; McGilton *et al.*, 2011). Sin embargo, resulta llamativa la escasez de trabajos dedicados a la evaluación enfermera de las características comunicativas del paciente con afasia. Parece razonable considerar que sin una evaluación del grado de afectación y/o conservación de las principales áreas del lenguaje, será complicado, por un lado, mantener interacciones comunicativas eficaces y, por otro, diseñar y poner en marcha los cuidados necesarios en el contexto de las actividades de la vida diaria adaptados a la competencia comunicativa de la persona con afasia y a las consecuencias que de ella resulten.

Como fase previa al proceso de diseño y validación de un cuestionario de fácil aplicación para enfermeras asistenciales que evalúe, según áreas de interés para el cuidado, las capacidades comunicativas en pacientes con afasia, se plantea como objetivo de este estudio explorar, mediante una encuesta sencilla generada a tal efecto, la necesidad manifestada por enfermeras que atienden a pacientes con afasia de disponer de un instrumento con estas características.

MATERIAL Y MÉTODO

Se plantea un estudio descriptivo para el que se diseña un cuestionario de 30 ítems, 10 ítems destinados a describir las variables sociodemográficas y de ámbito profesional de la muestra y 20 ítems que evalúan las áreas de interés que centran el estudio. Las posibles respuestas se muestran en una escala tipo Likert de 5 puntos o respuestas múltiples. Se estima un tiempo aproximado de 10 minutos para su cumplimentación.

En un encuentro inicial, los investigadores de este estudio plantean, de manera consensuada, las áreas de interés que deben ser evaluadas a través este cuestionario. Las áreas de interés y los ítems que las evalúan se describen en la tabla 1.

El cuestionario fue enviado por correo electrónico a enfermeras que ejercen su actividad laboral en atención primaria, en atención especializada, servicios de atención a la urgencia y emergencia extrahospitalaria y servicios sociosanitarios, tanto de la provincia de Santa Cruz de Tenerife como de la provincia de Las Palmas de Gran Canaria. Se contacta con dos enfermeras que ejercen su actividad asisten-



TABLA 1. ÁREAS E ÍTEMS QUE CONFORMAN EL CUESTIONARIO PARA EVALUAR LA NECESIDAD DE DISPONER DE UN INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD COMUNICATIVA EN LA AFASIA

ÁREAS DE INTERÉS	ÍTEMS QUE EVALÚAN CADA ÁREA
Frecuencia de asistencia a personas con afasia.	1) Indique con qué frecuencia diría que se atiende a personas con afasia de cualquier etiología (accidentes cerebrovasculares, traumatismos craneoencefálicos, infecciones del sistema nervioso, tumores, etc.) en su planta, servicio o ámbito de trabajo.
Conocimientos sobre la afasia.	2) Indique el grado de conocimiento que diría que tiene la sociedad en general sobre los trastornos afásicos. 3) Indique el grado de conocimiento que diría que tienen los profesionales de la salud de su entorno sobre los trastornos afásicos.
Dificultades/barreras en la comunicación con personas con afasia.	4) Indique el grado de dificultad que, con mayor frecuencia, suele encontrar al comunicarse con una persona con afasia. 5) De las siguientes opciones, ¿cuál/es diría que es o son las principales barreras que dificultan la interacción comunicativa entre la enfermera y una persona con afasia? Puede seleccionar más de una opción. 6) Si con respecto a la respuesta anterior, cree que hay algún otro motivo no mencionado, puede indicarlo en el espacio que aparece a continuación.
Áreas del lenguaje con las que se presenta mayor dificultad.	7) ¿En qué área o áreas del lenguaje encuentra, con mayor frecuencia, alteraciones que dificulten la comunicación con la persona afásica? Puede seleccionar más de una opción.
Estrategias de comunicación usadas.	8) Cuando ha atendido a personas con afasia, ¿con qué frecuencia les brinda oportunidades para que inicien o mantengan una conversación? 9) Cuando ha intentado comunicarse con personas con afasia, ¿con qué frecuencia ha usado el lenguaje oral? 10) Cuando ha intentado comunicarse con personas con afasia, ¿con qué frecuencia ha usado el lenguaje escrito? 11) Cuando ha intentado comunicarse con personas con afasia, ¿con qué frecuencia ha usado el lenguaje pictográfico (tableros de comunicación, tarjetas con imágenes, dibujos, etc.)? 12) Cuando ha intentado comunicarse con personas con afasia, ¿con qué frecuencia ha usado el lenguaje gestual o corporal?
Impacto de la afasia en la calidad de vida.	13) Indique el grado de impacto que cree que tiene el deterioro de la comunicación sobre la calidad de vida de la persona que presenta afasia. 14) Indique el grado de impacto que cree que tiene el deterioro de la comunicación sobre la capacidad de autonomía en la persona con afasia.
Relevancia de la comunicación enfermera-paciente para la prestación de cuidados.	15) Indique el grado de importancia que cree que tiene la comunicación enfermera-paciente para la prestación de unos cuidados integrales y de calidad. 16) Indique el grado de importancia que usted le atribuye a la búsqueda por parte de la enfermera de estrategias que favorezcan la comunicación entre ésta y la persona con afasia.
Uso de instrumentos de evaluación de lenguaje afásico.	17) Cuando ha atendido a personas con afasia, ¿con qué frecuencia ha usado un instrumento o prueba para evaluar la capacidad comunicativa o los trastornos del lenguaje?
Utilidad y posible frecuencia de uso de un instrumento como el CEECCA.	18) Indique el grado de utilidad que considera que tendría un cuestionario que permita evaluar a la enfermera las capacidades comunicativas de la persona con afasia. 19) Indique el grado de uso que cree que tendría un instrumento enfermero, válido y fiable, para evaluar la capacidad comunicativa de una persona con afasia en su servicio, planta o ámbito de trabajo. 20) De las siguientes opciones sobre la aplicabilidad de un instrumento como el que se pretende construir y validar, ¿cuál o cuáles le parece de mayor utilidad? Puede seleccionar más de una opción.



cial en las plantas de neurología y neurocirugía de los dos hospitales universitarios de la isla de Tenerife, Hospital Universitario de Canarias y Hospital Universitario Nuestra Señora de La Candelaria, de manera que el cuestionario se distribuyera en áreas de especial interés por la frecuencia de atención a pacientes con daño neurológico y trastornos afásicos.

La explotación de datos facilitada a los autores respeta el principio de confidencialidad y la protección de datos de carácter personal.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

La descripción de la muestra se realiza resumiendo las variables nominales como frecuencias absolutas y relativas de sus categorías y las variables cuantitativas utilizando la media (DT) o la mediana (P5-P95) dependiendo de su distribución. Las variables se almacenan en una base de datos del programa estadístico SPSS v.25.0 para su procesamiento.

MUESTRA DEL ESTUDIO

La muestra de este estudio estuvo conformada por un total de 70 enfermeras (49 mujeres y 21 hombres) reclutadas durante el periodo comprendido entre el 25 de mayo de 2017 y el 10 de junio de 2018, esto es, 12 meses y 17 días. La media de edad de las enfermeras que respondieron este cuestionario fue de 42 (9) años y la media de experiencia laboral como enfermeras de 19 (9) años, desempeñando el puesto actual una media de 9 (7) años. En cuanto a su grado académico en Enfermería, el 48,6% son diplomados, el 4,2% graduados, el 34,7% están en posesión de un título de expertos o máster, un 11,1% en posesión del título de doctor y 1,4% son doctorandos. Están en posesión del título de especialistas un total del 12,9%, de éste un 5,7% corresponden a especialista en Pediatría, un 4,3% a especialistas en Salud Mental y un 2,9% en Enfermería Familiar y Comunitaria. En cuanto al ámbito en que desarrollan actualmente su labor profesional, el 49,9% trabajan en atención especializada, el 37,1% en atención primaria, un 2,9% en servicios de atención a la urgencia y emergencia extrahospitalaria y el 10,1% restante se reparte entre servicios de atención sociosanitaria y la actividad docente.

RESULTADOS

Del total de enfermeras que contestaron el cuestionario (n=70), el 14,6% manifestó que muy frecuentemente atienden a personas con afasia de cualquier etiología; el 18,6% de forma frecuente; el 30% lo hacen con alguna frecuencia; de manera poco frecuente el 24,3% y el 12,9% de forma nada frecuente.

En relación con el grado de conocimiento que dirían que tiene la sociedad general sobre los trastornos afásicos, el 74,3% piensan que poco conocimiento; el



14,3% que nada de conocimiento y el 11,4% dirían que tiene algo de conocimiento. Si esta misma pregunta se les hace referida a los conocimientos que tienen los profesionales de la salud sobre el trastorno afásico, el 28,6% dirían que poco conocimiento; el 60% que algo de conocimiento y el 11,4% que mucho conocimiento.

En cuanto al grado de dificultad que, con mayor frecuencia, suelen encontrar al comunicarse con una persona con afasia, el 51,4% responden que mucha dificultad; el 31,4% algo de dificultad; el 14,3% responde que bastante dificultad y el 2,9% poca dificultad.

Para el 84,3% de la muestra, la principal barrera que dificulta la interacción comunicativa entre la enfermera y una persona con afasia es la falta de conocimiento de cómo comunicarse con ella; para el 52,9% lo son también la falta de tiempo y la sobrecarga de trabajo. La falta de conocimiento sobre las características del trastorno afásico representa el 51,4%; un 10% la falta de motivación e interés y un 2,9% la creencia de que no es competencia del personal de enfermería. Otras barreras expresadas por las enfermeras son la falta de empatía, la falta de orientación por parte de especialistas que guíen y orienten sobre la forma de comunicarse con la persona afásica, el uso de los familiares como mediadores para comunicarse con el paciente o la falta de intimidad.

Las principales áreas del lenguaje con las que las enfermeras encuentran mayor dificultad a la hora de interactuar comunicativamente con una persona con afasia son la de expresión oral con un 71,4% y la de comprensión del lenguaje oral con un 70%. La capacidad de denominación representa un 38,6% y consideran que la capacidad para repetir dificulta en menor medida la capacidad para comunicarse con un 14,3%.

El 40% de las enfermeras encuestadas brinda oportunidades para que el paciente con afasia inicie o mantenga una conversación de manera frecuente; el 39,6% lo hace con alguna frecuencia y el 11,4% con poca frecuencia. Sólo un 10% de las enfermeras brindan estas oportunidades de manera muy frecuente.

En relación con las áreas del lenguaje que las enfermeras usan con mayor frecuencia para comunicarse con la persona con afasia, el lenguaje oral lo usan frecuentemente el 57,1% de las encuestadas; con alguna frecuencia el 20%; muy frecuentemente el 17,1% y el 5,7% con poca frecuencia. El lenguaje escrito lo usan muy frecuentemente sólo un 2,9%; frecuentemente un 20%; con alguna frecuencia el 38,6%; con poca frecuencia el 31,4% y el 7,1% nunca lo utilizan. El lenguaje pictográfico a través de tableros de comunicación o tarjetas de imágenes no lo usan nunca un porcentaje del 38,6% de la muestra; el 34,6% lo usan con poca frecuencia; con alguna frecuencia el 8,6%; frecuentemente el 15,7% y muy frecuentemente un 2,9%. El lenguaje gestual es usado muy frecuentemente por un 18,6% y frecuentemente por un 40%; mientras que con alguna frecuencia lo usa el 34,3%; con poca frecuencia el 4,3% y nunca un 2,9%.

El 60% de las enfermeras encuestadas cree que el deterioro de la comunicación genera bastante impacto sobre la calidad de vida de la persona con afasia. El 37,1% cree que genera mucho impacto y un 2,9% cree que algo de impacto. En cuanto al impacto que el deterioro de la comunicación genera sobre la capacidad de autonomía, el 47,1% piensa que genera bastante impacto; un 42,9% mucho impacto y un 8,6% algo de impacto.



El grado de importancia que la comunicación enfermera-paciente tiene sobre la prestación de cuidados integrales y de calidad es considerado como bastante importante para el 28,6%; muy importante para el 40% y algo importante para un 1,4%.

Para el 50% de las enfermeras representa bastante importancia la búsqueda de estrategias que favorezcan la comunicación entre enfermera y la persona con afasia. Mucha importancia para el 47,1% y para un 2,9% representa poca importancia.

Un 48,6% de la muestra nunca ha usado un instrumento o prueba para evaluar la capacidad comunicativa o los trastornos del lenguaje. Un 36,7% lo han hecho con poca frecuencia; un 5,7% con alguna frecuencia; un 7,1% de manera frecuente y sólo un 2,9% muy frecuentemente.

El 50% de las encuestadas piensan que un cuestionario que permita a la enfermera evaluar las capacidades comunicativas de la persona con afasia resultaría de bastante utilidad; un 40% piensa que sería de mucha utilidad y un 10% de alguna utilidad. Cuando se trata de evaluar el grado de uso que creen que tendría un instrumento enfermero, válido y fiable, con tal fin, el 48,6% piensan que tendría bastante uso; el 32,9% mucho uso; el 15,7% algún uso y un 2,9% poco uso.

Cuando se solicita que señalen, entre las que se proponen, aquellas opciones de aplicabilidad que les parecen de mayor utilidad de un instrumento como el que se pretende diseñar y validar, el 81,4% indican la posibilidad de adoptar estrategias que favorezcan la interacción comunicativa; el 78,6% diseñar y poner en marcha un plan de cuidados adaptado a las capacidades comunicativas del paciente y a las complicaciones que genera el trastorno. La posibilidad de poder evaluar de manera sencilla el estado de conservación y/o afectación de las principales áreas del lenguaje representa un 75,7%; un 58,6% facilitar la atención multidisciplinar e interdisciplinar, favoreciendo la coordinación y la pronta derivación si fuese necesario y un 37,1% servir de instrumento de medida y comparación para la investigación de cuidados.

DISCUSIÓN

La mayoría de los trabajos enfermeros relacionados con la afasia tienen por objeto el estudio de las características generales del trastorno, el análisis de los patrones comunicativos más frecuentes entre el profesional y el paciente, la implementación, aplicación y evaluación de estrategias facilitadoras de la comunicación y el estudio sobre el impacto que el deterioro de la comunicación genera en los diferentes aspectos de la vida del paciente y de sus familias (Sundin *et al.*, 2000; Andersson y Fridlund, 2002; Poslawsky *et al.*, 2010; Martín-Dorta y Sicilia-Sosvilla, 2012). Sin embargo, resulta llamativa la escasez de trabajos dedicados a la evaluación enfermera de las características comunicativas del paciente con afasia. Por lo general la evaluación de la afasia ha sido dominio de disciplinas como la neurología, la psicología, la lingüística o la logopedia y se ha abordado desde diferentes modelos. La mayoría de las baterías para la evaluación de la afasia diseñadas desde estos enfoques precisan de conocimientos específicos sobre estas áreas del conocimiento. Suelen ser pruebas extensas, construidas a partir de numerosos subtests, y, por tanto, exigen mucho tiempo para ser completadas (Thommessen *et al.*, 1999; Poslawsky *et al.*,



2010). Otra modalidad exploratoria son las pruebas específicas para valorar uno de los componentes lingüísticos de manera extensa y detallada, precisando incluso, en algunos casos, de un breve entrenamiento previo a su administración (Andrés-Carrillo, 2014). Si bien se entiende que la finalidad de estas pruebas es conseguir un diagnóstico o clasificación del tipo de afasia y una descripción detallada y exhaustiva de la situación del paciente en cuanto a sus habilidades lingüísticas y comunicativas, estas características las hacen poco factibles para el uso por parte de las enfermeras en su actividad diaria.

El 51,4% de las enfermeras encuestadas en este estudio refirieron presentar mucha dificultad a la hora de comunicarse con una persona con afasia y un 14,3% refirieron presentar bastante dificultad. Para el 84,3% de la muestra la principal barrera que dificulta la interacción comunicativa entre la enfermera y una persona con afasia es la falta de conocimiento sobre cómo comunicarse con ella; sin embargo, el 48,6% nunca habían utilizado una prueba para evaluar la capacidad comunicativa en estos pacientes. El 52,9% consideran también barreras relevantes la falta de tiempo y la sobrecarga de trabajo. Estos resultados coinciden con los encontrados en otros estudios en los que se exponen como principales motivos de comunicación ineficaz entre enfermera-paciente la excesiva carga de trabajo, la presión asistencial y la falta de tiempo para evaluar y prestar atención a las señales comunicativas que permitan poner en marcha estrategias de comunicación eficaces (Caris-Verhallen *et al.*, 2000; Pound y Ebrahim, 2000). Hemsley *et al.* (2001) habla de barreras actitudinales de los propios profesionales y barreras relacionadas con los sistemas organizativos de las instituciones que consideran que la implementación de técnicas de comunicación eficaz requiere de un consumo de tiempo elevado. Así mismo, la visión de la enfermería como una profesión orientada a la práctica centrada en la tarea puede hacer que no se preste atención a la relevancia de una comunicación eficaz. Otros estudios hablan de la evitación de contactos comunicativos cercanos o de un excesivo compromiso emocional como mecanismo para reducir la exposición del profesional a estresores potencialmente dañinos y reducir, así, la carga emocional que pueden generar estos cuidados (Burnard y Morrison, 1991; Bowles *et al.*, 2001).

El 40% de las enfermeras encuestadas refieren brindar de forma frecuente oportunidades para que el paciente con afasia inicie o mantenga una conversación, mientras que el 11,4% lo hacen con poca frecuencia. Sólo un 10% de las enfermeras brindan estas oportunidades de manera muy frecuente. A este respecto Gordon *et al.* (2009) realiza un estudio en el que se observa que el contenido de las interacciones enfermera-paciente no hace referencia a los temas que podrían esperarse de un entorno terapéutico. Si bien el contexto resultaba ser propicio para la manifestación de sentimientos, inquietudes o preocupaciones relacionados con el impacto del daño cerebral en la vida del paciente, los contenidos de las interacciones estaban centrados en las tareas propias de la enfermera, siendo ésta quien protagonizaba el tema de las conversaciones. Cuando se hacían preguntas, éstas eran cerradas, con pocas oportunidades para que el paciente tomara turnos de palabra e influyera en el flujo de la conversación, lo que generaba una marcada asimetría en el proceso. El diálogo enfermera-paciente se centraba de manera predominante en los objetivos del profesional y no en las necesidades y demandas del paciente.



Para el 50% de la muestra representa bastante importancia la búsqueda de estrategias que favorezcan la comunicación entre enfermera y la persona con afasia y mucha importancia para un 47,1%. En el estudio de Hemsley *et al.* (2001) se plantean como estrategias sugeridas por las propias enfermeras para mejorar la atención de personas con discapacidad comunicativa severa el mayor acceso a sistemas de comunicación alternativa o aumentativa fáciles de usar; la necesidad de formación y capacitación sobre estrategias efectivas de comunicación; mayor colaboración y apoyo por parte de los rehabilitadores del lenguaje; y la posibilidad de dedicar más tiempo al proceso comunicativo.

Las modalidades de lenguaje usadas con mayor frecuencia por parte de las enfermeras encuestadas en nuestro estudio fueron el lenguaje oral y el gestual. Coinciden estos hallazgos con los encontrados en el estudio de Silva-Souza y Moura-Arcuri (2014), quienes apreciaron una relevante dicotomía entre el conocimiento teórico de los profesionales sobre estrategias para implementar la comunicación y la puesta en marcha de las mismas en el ámbito asistencial. En las entrevistas realizadas por estos autores las estrategias que con mayor frecuencia reportaron las enfermeras fueron el lenguaje gestual, la comunicación verbal y la comunicación escrita, mientras que las estrategias que se observaron con mayor frecuencia en las sesiones de observación participante fueron la comunicación verbal y el contacto físico. El lenguaje gestual, al que se refirieron los participantes en las entrevistas, se observó de manera muy limitada en las sesiones de observación. En cuanto al uso del contacto físico, aunque considerándose una herramienta usada en el proceso de comunicación observado, éste tuvo un marcado carácter instrumental. Teniendo en cuenta la relevancia atribuida a los procedimientos y estrategias de comunicación alternativa y aumentativa (CAA), sobre todo cuando la afasia es severa o ésta se cronifica (Coronas Puig-Pallarols y Basil-Almirall, 2013), destaca de nuestro estudio el escaso uso de los sistemas pictográficos de comunicación manifestado por las enfermeras encuestadas. Este hecho puede ser atribuido a la falta de formación específica para mejorar aquellas estrategias orientadas a facilitar las interacciones, incluida la formación y capacitación en el uso de sistemas alternativos de comunicación.

En este sentido, un punto de partida que parece razonable se sitúa en el proceso de evaluación de las capacidades comunicativas del paciente con afasia y del posible grado de funcionalidad de éstas tras el daño cerebral a través de un cuestionario de fácil administración adaptado al quehacer diario de las enfermeras. Esto debe permitir individualizar la elección de las estrategias más eficaces y la adaptación de los modos comunicativos del profesional de enfermería. Este razonamiento es apoyado por los resultados del presente estudio, en el que el 50% de las encuestadas piensan que un cuestionario que permita a la enfermera evaluar las capacidades comunicativas de la persona con afasia resultaría de bastante utilidad y un 40% que sería de mucha utilidad.

RECIBIDO: 10-11-2021; ACEPTADO: 15-12-2021



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDERSSON, S. y FRIDLUND, B. (2002). «The aphasic person's views of the encounter with other people: A grounded theory analysis». *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 9(3), 285-292.
- ANDRÉS-CARRILLO, C. (2014). *Efecto de la depresión post ictus e intervención logopédica temprana en afásicos* [tesis doctoral, Universitat Autònoma de Barcelona]. Repositorio Institucional. <http://purl.org/dc/dcmitype/Text.https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=92234>.
- BOWLES, N., MACKINTOSH, C. y TORN, A. (2001). «Nurses' communication skills: An evaluation of the impact of solution-focused communication training». *Journal of Advanced Nursing*, 36(3), 347-354. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01979.x>.
- BURNARD, P. y MORRISON, P. (1991). «Nurses' interpersonal skills: A study of nurses' perceptions». *Nurse Education Today*, 11(1), 24-29. [https://doi.org/10.1016/0260-6917\(91\)90121-p](https://doi.org/10.1016/0260-6917(91)90121-p).
- CARIS-VERHALLEN, W.M., KERKSTRA, A., BENSING, J.M. y GRYPDONCK, M.H. (2000). «Effects of video interaction analysis training on nurse-patient communication in the care of the elderly». *Patient Education and Counseling*, 39(1), 91-103.
- CORONAS PUIG-PALLAROLS, M. y BASIL ALMIRALL, C. (2013). «Comunicación aumentativa y alternativa para personas con afasia». *Revista de Logopedia, Foniatria y Audiología*, 33(3), 126-135. <https://doi.org/10.1016/j.rlfa.2012.10.004>.
- CRUCE, M., WORRALL, L. y HICKSON, L. (2010). «Health-related quality of life in people with aphasia: Implications for fluency disorders quality of life research». *Journal of fluency disorders*, 35(3), 173-189.
- FINKE, E.H., LIGHT, J. y KITKO, L. (2008). «A systematic review of the effectiveness of nurse communication with patients with complex communication needs with a focus on the use of augmentative and alternative communication». *Journal of clinical nursing*, 17(16), 2102-2115.
- GORDON, C., ELLIS-HILL, C. y ASHBURN, A. (2009). «The use of conversational analysis: Nurse-patient interaction in communication disability after stroke». *Journal of Advanced Nursing*, 65(3), 544-553. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2008.04917.x>.
- HEMSLEY, B., SIGAFOOS, J., BALANDIN, S., FORBES, R., TAYLOR, C., GREEN, V.A. y PARMENTER, T. (2001). «Nursing the patient with severe communication impairment». *Journal of advanced nursing*, 35(6), 827-835.
- LE DORZE, G.L. y BRASSARD, C. (1995). «A description of the consequences of aphasia on aphasic persons and their relatives and friends, based on the WHO model of chronic diseases». *Aphasiology*, 9(3), 239-255.
- MARTÍN-DORTA, W. y SICILIA-SOSVILLA, I. (2012). «La afasia. Características comunicativas para la intervención enfermera». *Revista Ene de Enfermería*, 6(3).
- MCGILTON, K., SORIN-PETERS, R., SIDANI, S., ROCHON, E., BOSCAR, V. y FOX, M. (2011). «Focus on communication: Increasing the opportunity for successful staff-patient interactions». *International Journal of Older People Nursing*, 6(1), 13-24.
- MCNEIL, M.R. y PRATT, S.R. (2001). «Defining aphasia: Some theoretical and clinical implications of operating from a formal definition». *Aphasiology*, 15(10-11), 901-911. <https://doi.org/10.1080/02687040143000276>.



- POSLAWSKY, I.E., SCHUURMANS, M.J., LINDEMAN, E. y HAFSTEINSDÓTTIR, T.B. (2010). «A systematic review of nursing rehabilitation of stroke patients with aphasia». *Journal of Clinical Nursing*, 19(1-2), 17-32. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2009.03023.x>.
- POUND, P. y EBRAHIM, S. (2000). «Rhetoric and reality in stroke patient care». *Social science y medicine*, 51(10), 1437-1446.
- SILVA-SOUZA, R.C. y MOURA-ARCURI, E.A. (2014). «Communication strategies of the nursing team in the aphasia after cerebrovascular accident». *Revista Da Escola De Enfermagem Da USP*, 48(2), 292-298. <https://doi.org/10.1590/s0080-6234201400002000014>.
- SUNDIN, K., JANSSON, L. y NORBERG, A. (2000). «Communicating with people with stroke and aphasia: Understanding through sensation without words». *Journal of clinical nursing*, 9(4), 481-488.
- TEJEDOR, M.R. (1998). «Trastornos del habla: La afasia». *Interlingüística*, 9, 269-272.
- THOMMESSEN, B., THORESEN, G.E., BAUTZ-HOLTER, E. y LAAKE, K. (1999). «Screening by nurses for aphasia in stroke—the Ullevaal Aphasia Screening (UAS) test». *Disability and rehabilitation*, 21(3), 110-115.
- THOMPSON, J. y MCKEEVER, M. (2014). «The impact of stroke aphasia on health and well-being and appropriate nursing interventions: An exploration using the Theory of Human Scale Development». *Journal of clinical nursing*, 23(3-4), 410-420.



VALIDACIÓN ESPAÑOLA DEL FUNCTIONAL HEALTH PATTERN ASSESSMENT SCREENING TOOL (FHPAST) EN ATENCIÓN PRIMARIA

Inmaculada Sanz Sánchez*, Pedro Ruymán Brito Brito**, Mercedes Novo Muñoz^o, José Ángel Rodríguez Gómez^{oo}

RESUMEN

Se presenta la validación española del Functional Health Pattern Assessment Screening Tool (FHPAST), instrumento basado en el marco de patrones de salud (PS) de Gordon. El estudio se llevó a cabo en Atención Primaria de Tenerife (Servicio Canario de la Salud). Las pruebas realizadas fueron traducción-retrotraducción del FHPAST; validación aparente y de contenido (con grupos de expertos); prueba piloto; validación de criterio y de constructo; y pruebas de fiabilidad. Tras los resultados obtenidos se comprueba que el FHPAST adaptado al español es un instrumento válido, fiable y sencillo de usar para evaluar la salud percibida.

PALABRAS CLAVE: evaluación en enfermería, terminología normalizada de enfermería, atención primaria de salud, encuestas y cuestionarios, estudio de validación.

SPANISH VALIDATION OF THE FUNCTIONAL HEALTH PATTERN ASSESSMENT SCREENING TOOL (FHPAST) IN PRIMARY HEALTH CARE

ABSTRACT

This study presents the Spanish validation of the Functional Health Pattern Assessment Screening Tool (FHPAST) questionnaire, based on Gordon's health patterns framework. The adaptation was carried out in Primary Care of Tenerife (Canary Islands Public Health Service). The tests performed were: FHPAST translation-back translation; face and content validation (with groups of experts); pilot test; criterion and construct validation; and reliability tests. After the results obtained, it is confirmed that the FHPAST adapted to Spanish is a valid, reliable and easy-to-use instrument to assess perceived health.

KEYWORDS: nursing assessment, standardized nursing terminology, primary health care, surveys and questionnaires, validation studies.



INTRODUCCIÓN

La valoración es la primera fase del proceso enfermero y, probablemente, la más importante debido a su repercusión sobre el resto. La enfermera recoge los datos de los pacientes y los organiza a modo de información clínica de interés para generar, *a posteriori*, una serie de categorías significativas para el conocimiento dentro de la disciplina enfermera que son los diagnósticos (Jones, Herdman, De Cássia y Butcher, 2021). La valoración representa al mismo tiempo una actividad intelectual e interpersonal pues permite, por un lado, concluir con un juicio clínico sobre la respuesta humana a condiciones de salud o procesos vitales, o sobre la vulnerabilidad a tal respuesta, y, por otro, establecer una relación terapéutica efectiva con el paciente.

En los entornos asistenciales, nos encontramos habitualmente con dos tipos de valoración enfermera: la valoración de cribado y la valoración en profundidad. La primera de ellas resulta, *a priori*, más sencilla de cumplimentar pues supone una aproximación inicial a los datos básicos y necesarios del paciente. No obstante, existe el peligro de que pueda convertirse en una mera cumplimentación de un banco de preguntas según los distintos formularios disponibles para la recogida de datos (Alvin, 2015). Para ambos tipos de valoración, la enfermera precisa tener buenas habilidades en la identificación de necesidades de cuidado, reales o potenciales, y competencias suficientes en entrevista clínica para profundizar en la exploración de un amplio y heterogéneo abanico de respuestas humanas. Además, una vez identificadas las hipótesis, requiere una adecuada capacidad para el juicio crítico y el razonamiento diagnóstico (Lunney, 2010). Algunos estudios describen el concepto «pensamiento crítico» como una habilidad cognitiva que comprende el análisis, razonamiento lógico y juicio clínico, orientado a la resolución de problemas, tanto en entornos de formación enfermera como de práctica asistencial real, pudiendo apreciarse una toma más precisa de decisiones clínicas, así como la consecución de resultados efectivos (Carbogim, Oliveira y Püschel, 2016).

* Enfermera. Doctora. Zona Básica de Salud Laguna Geneto. Gerencia de Atención Primaria de Tenerife. Servicio Canario de la Salud. Correo electrónico: insansan@hotmail.com. Dirección de contacto para correspondencia: c/ Sta. María Soledad, s/n. Facultad de Ciencias de la Salud. Apartado 456. Código postal 38200. San Cristóbal de La Laguna. S/C de Tenerife. Islas Canarias.

** Enfermero. Doctor. Profesor asociado en el Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, miembro del Grupo de Investigación Cuidados al Final de la Vida (CUFINVIDA), Universidad de La Laguna, Tenerife, Islas Canarias, España. Correo electrónico principal: pbritobr@ull.edu.es. ORCID ID: 0000-0002-8048-9701.

◇ Enfermera. Doctora. Profesora titular en el Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de La Laguna, Tenerife, Islas Canarias, España. Correo electrónico: mernov@ull.edu.es.

◇◇ Enfermero. Doctor. Profesor titular. Director del Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de La Laguna, Tenerife, Islas Canarias, España. Correo electrónico: jarogo@ull.edu.es.

El marco estructurado de valoración enfermera por patrones de salud de Marjory Gordon (1994) es uno de los más utilizados a nivel mundial. Facilita un modo de agrupar grandes cantidades de datos en un número manejable de patrones relacionados o categorías. Por ello, uno de los dos posicionamientos declarados por parte de NANDA International en su clasificación 2018-2020 (Herdman y Kamitsuru, 2019) señala la necesidad de que un marco contrastado, como es el de patrones de salud de Gordon, guíe la valoración enfermera para una determinación precisa de los diagnósticos. Su utilidad ha sido descrita desde hace varias décadas en el contexto de la atención enfermera comunitaria (Gikow y Kucharski, 1987) y en el de la valoración de personas mayores (Beyea y Matzo, 1989).

Actualmente, bajo el marco asistencial de registro en historias de salud electrónicas, los esfuerzos van dirigidos a la integración de la valoración enfermera y los lenguajes estandarizados de cuidados de NANDA-I (Herdman, Kamitsuru y Takáo, 2021), NOC (Moorhead, Swanson, Johnson y Mass, 2019) y NIC (Butcher, Bulechek, Dochterman y Wagner, 2019) en un formato informatizado y su orientación hacia la consecución de resultados en salud (Flanagan y Weir-Hughes, 2016). Se ha comprobado cómo los pacientes de aquellas enfermeras comunitarias que han documentado sus cuidados en las historias electrónicas utilizando el proceso enfermero y los lenguajes NNN alcanzan mejores resultados de salud, mostrando mayor control de las enfermedades crónicas y consumiendo menor cantidad de fármacos (Pérez *et al.*, 2016).

El uso de instrumentos válidos y fiables para la valoración puede facilitar, de forma rápida y sencilla, la detección de problemas que requieran de cuidados enfermeros (Brito y Aguirre, 2014). De este modo, en el contexto de la investigación en lenguajes de cuidados, parece importante priorizar la construcción y validación, o en su caso la adaptación, de herramientas que faciliten la valoración enfermera bajo el marco de patrones funcionales de salud de M. Gordon (Brito, 2020). El *Functional Health Pattern Assessment Screening Tool, FHPAST*, es un cuestionario validado, autoadministrado, compuesto por 57 ítems, con respuestas de tipo Likert, que ha obtenido buenos resultados psicométricos durante su puesta a prueba en diferentes escenarios (Barros, Michel y Nobrega, 2003; Jones, Duffy, Flanagan y Foster, 2012). A pesar de que ha sido traducido en distintos idiomas, no existe una versión disponible en español para su uso en el contexto de atención al paciente que acude a consultas de Atención Primaria (AP) de Salud.

El propósito de esta investigación es obtener una versión en español del cuestionario FHPAST, que sea válido, fiable y fácil de usar en el contexto de AP. Esta investigación forma parte de la tesis doctoral titulada *Validación y adaptación de un instrumento de medida de funcionalidad biopsicosocial, en ámbito sanitario rural* (Sanz, 2017), presentada en la Universidad de La Laguna y defendida el 24 de julio de 2017.



MATERIAL Y MÉTODO

DISEÑO

Se empleó un diseño metodológico de adaptación y validación de un instrumento de medida de la salud, según la Teoría Clásica de los Test.

ÁMBITO DE ESTUDIO

El estudio fue realizado, tras aprobación del Comité Ético, en una zona de salud de ámbito rural del Servicio Canario de la Salud, perteneciente a AP de Tenerife (Islas Canarias) e integrada en el Sistema Nacional público de Salud español. La población adulta adscrita al centro participante, «Consultorio Local de La Esperanza», es de 4268 personas, de las cuales 2113 (50,5%) son hombres.

FASES DEL ESTUDIO

El proceso de investigación se ejecutó en dos fases:

Fase 1. Obtención de la versión española del FHPAST

Se planificaron tres etapas: 1.1. Traducción-retrotraducción del instrumento. 1.2. Prueba piloto para valorar su comprensión, con posterior revisión y ajuste. 1.3. Validación aparente y de contenido con grupos de expertos y nueva prueba piloto.

Para obtener una versión preliminar en español (fase 1.1), el FHPAST fue traducido y retrotraducido de acuerdo con los criterios de Carvajal *et al.* (2011): a) traducción al español por dos profesionales investigadores bilingües, nativos del castellano, uno experto en sistemas de información, y el otro, en lenguaje estandarizado de cuidados; b) las dos versiones traducidas al castellano fueron comparadas y sintetizadas en una sola. Las diferencias existentes entre ambas versiones se discutieron y resolvieron mediante consenso entre ambos investigadores; c) esta versión española inicial fue retrotraducida al idioma original del FHPAST por otros dos profesionales nativos de habla inglesa, desconocedores de la versión original y ajenos al estudio; d) se conformó un comité de revisión para evaluar todas las versiones y obtener una versión preliminar final mediante consenso. Dicho comité estuvo formado por dos enfermeras asistenciales de AP y los cuatro investigadores participantes en el proceso de traducción-retrotraducción; e) prueba piloto de comprensión y ajuste (fase 1.2) realizada con una muestra pequeña de pacientes frecuentadores y de profesionales de consultas enfermeras en AP.

Para la validez aparente (fase 1.3) se conformó un grupo de 16 expertos, teniendo en cuenta criterios de formación y experiencia asistencial (Lopes, Altino y Silva de Cássia, 2010). Se estableció que debían cumplir al menos uno de los



siguientes cuatro criterios para ser considerados expertos: a) haber recibido formación reglada en metodología enfermera mínima de 50 horas; b), c) y d) experiencia asistencial, docente o investigadora mínima de cinco años en la temática de los lenguajes enfermeros estandarizados. En esta etapa los expertos asignaron, mediante rondas Delphi, cada ítem del FHPAST, revisado y modificado tras la prueba piloto inicial (en la fase 1.2), a alguno de los patrones de salud del marco de valoración de Gordon, buscando un acuerdo mínimo del 80% en tal asignación. Para los ítems que no alcanzaron el grado esperado, se realizó una segunda ronda entre los expertos para su ubicación definitiva, por mayoría simple, entre las opciones anteriores de mayor frecuencia de selección, incluso considerando su ubicación en más de un patrón de salud.

La validez de contenido se realizó con otro panel de 11 expertos, como apunta la bibliografía para este tipo de validación (Polit y Tatano, 2012). Estos expertos evaluaron cada ítem del cuestionario según las siguientes dimensiones: a) relevancia para representar el constructo global evaluado, esto es, la funcionalidad biopsicosocial del paciente que acude a AP, y b) relevancia de cada ítem para representar el patrón de salud específico al que hace referencia dentro del marco de valoración. Se emplearon, para ello, dos escalas de tipo Likert de cuatro puntos, donde 1 significaba «nada relevante/representativo», 2, «poco relevante/representativo», 3, «bastante relevante/representativo», y 4, «muy relevante/representativo». Se elaboró una hoja de recogida de datos con todos los ítems generados en el proceso anteriormente descrito que fue editada en una aplicación web. El enlace a dicha aplicación se realizó a través de un hipervínculo enviado por correo electrónico a los expertos tras su aceptación a participar en el estudio. Una vez recogidas todas las puntuaciones de los expertos, se les pidió opinión haciendo una valoración global del cuestionario en su conjunto y declarando las observaciones que considerasen pertinentes en relación con su factibilidad y aplicabilidad práctica.

El índice de validez de contenido (IVC) de cada ítem para evaluar el constructo global se calculó dividiendo el número de evaluaciones de los expertos en 3 o 4 puntos por el número total de evaluaciones de cada ítem realizadas. De manera análoga, se calculó el índice de representatividad (IR) del ítem dentro de su respectivo patrón de ubicación. El IVC e IR global fueron calculados como la media aritmética de los índices de todos los ítems. Se consideraron buenos valores de relevancia y representatividad del ítem aquellos IVC e IR iguales o superiores a 0,75 (Polit & Tatano, 2012). El cuestionario resultante se administró a una pequeña muestra de pacientes, usuarios de AP, para comprobar comprensión y factibilidad.

Fase 2. Evaluación de las propiedades psicométricas de la versión obtenida

Se llevó a cabo en cuatro etapas: 2.1. Validación de criterio concomitante. 2.2. Validación de constructo mediante pruebas de convergencia y de validez discriminante. 2.3. Pruebas de fiabilidad: a) evaluación de la consistencia interna, mitad y mitad y correlaciones interenunciados; b) evaluación de estabilidad mediante pruebas test-retest.



La selección de los participantes para esta segunda fase del estudio se realizó de manera consecutiva, entre aquellos pacientes con 18 o más años que acudieron a consulta, entre junio y diciembre de 2015, sabían leer y escribir, y aceptaron participar en el estudio, siendo informados sobre los objetivos y firmando el consentimiento. Con criterios de exclusión se consideraron aquellas personas con problemas cognitivos, sensorceptivos o psiquiátricos que les limitaran en la comprensión del propósito del estudio y cumplimentación del cuaderno de campo. El criterio de elegibilidad para participar en la investigación fue cumplir con todos los criterios de inclusión y ninguno de los de exclusión.

Para determinar un tamaño muestral suficiente, se utilizó la regla de Nunnally y Bernstein (1994) que propone 5 sujetos necesarios por ítem para la validación de un instrumento de medida, obteniéndose una muestra siempre mayor a 200 sujetos (Kline, 1994). Dado que el FHPAST cuenta con 57 ítems, el tamaño óptimo a alcanzar es de 285 sujetos para obtener una potencia mínima del 95% en la estimación de correlaciones de magnitud no inferiores a 0,30 en pruebas de contraste de hipótesis con nivel de significación estadística de 0,05, y pérdidas estimadas del 5%.

Para el reclutamiento de la muestra, los investigadores y enfermeras que colaboraron en el estudio invitaron a participar a los pacientes que cumplían criterios de inclusión y acudían al centro de salud durante las fechas establecidas.

VARIABLES E INSTRUMENTOS

- Variables sociodemográficas: sexo (mujer/hombre), edad (en años), estado civil (soltero/casado/separado-divorciado/viudo), nivel de estudios (sin estudios/primarios/secundarios/universitarios), situación laboral (estudia/labores del hogar/trabaja/desempleado/jubilado).
- Variables clínicas: padecimiento de enfermedad crónica (sí/no) y tipo, toma de cuatro o más fármacos (sí/no).
- Functional Health Pattern Assessment Screening Tool, FHPAST (Jones, Duffy, Flanagan y Foster, 2012) en su versión traducida y adaptada al español durante la fase 1. Se trata de un cuestionario con 57 ítems y 4 opciones de respuesta de tipo Likert (nunca/algunas veces/frecuentemente/siempre). Cada enunciado corresponde a un área de valoración según el marco de patrones de salud de M. Gordon. Entre los ítems 1 y 40 la respuesta «siempre» indica el mejor estado posible, mientras que la respuesta «nunca» significa lo contrario, peor estado. A partir del ítem 41, inclusive, sucede a la inversa.
- European Quality of Life Scale, EuroQol-5D (Herdman, Badía y Berra, 2001): escala que evalúa en tres niveles de respuesta («no tengo problema», «tengo algún problema», «máximo problema») la calidad de vida percibida en cinco dimensiones (movilidad, cuidado personal, actividades cotidianas, dolor-malestar, y ansiedad-depresión). Compara, además, el estado de salud actual, en el día de cumplimentación del cuestionario, con el de los últimos doce



meses como «mejor», «igual» o «peor» y lo cuantifica en una escala de 0 a 100, entre el «peor estado de salud imaginable» y el mejor.

- Láminas COOP/WONCA (Lizán y Reig, 2002): instrumento que valora la calidad de vida relacionada con la salud durante las últimas dos semanas mediante diez láminas ilustradas que representan forma física, sentimientos, actividades cotidianas, cuidados personales (lavarse-vestirse), actividades sociales, cambios de salud, estado de salud, dolor, apoyo social y calidad de vida. Cada lámina se valora empleando una escala de tipo Likert del 1 al 5, donde el 1 representa el mejor estado en cada aspecto valorado y 5, el peor.
- Cuestionario para el Diagnóstico Enfermero Psico-Social, CdePS (Brito, Rodríguez, Sierra, Rodríguez y Aguirre, 2012): instrumento de ayuda a la valoración enfermera en el área psicosocial, conformado por 61 ítems con respuestas de tipo Likert (siempre/muchas veces o mucho/pocas veces o poco/nunca o nada) o dicotómicas (sí/no). El CdePS ofrece, como resultado de su administración, hasta 28 propuestas de diagnósticos enfermeros.

RECOGIDA DE DATOS

Se construyó un cuestionario autoadministrado en formato papel para recolectar los datos necesarios en relación con los grupos de variables citados anteriormente. La distribución de los cuadernos de recogida de datos se realizó por parte de las enfermeras participantes en la fase de campo. Los pacientes los cumplimentaron durante la consulta o mientras esperaban a ser atendidos, excepto en aquellas personas que presentaron alguna dificultad visual o de lectoescritura, en cuyo caso la enfermera formulaba las preguntas y registraba las respuestas dadas por el usuario.

Para evaluar la fiabilidad del FHPAST, mediante pruebas test-retest, se administró una segunda vez dicho instrumento, entre los días 7 y 14 tras el primer pase, invitando a continuar en el estudio a todos los pacientes incluidos inicialmente. En este segundo pase aceptó participar un 85% de la muestra inicial, siendo citados estos pacientes en consulta de enfermería del centro de salud para cumplimentar de nuevo el FHPAST y entregarlo a la enfermera responsable.

ASPECTOS ÉTICOS

Los participantes firmaron el consentimiento informado en el que constaban los objetivos y las características del estudio, así como se informaba sobre la confidencialidad y el tratamiento de los datos. Para asegurar dicho anonimato el cuestionario se identificó mediante código alfanumérico relacionado con la zona de salud, la enfermera responsable de encuestar y el número de orden en el proceso de reclutamiento. Este código facilitó el emparejamiento entre los cuestionarios para la evaluación de la fiabilidad test-retest. Todos los participantes colaboraron de forma voluntaria, pudiendo abandonar la investigación en cualquier momento sin justificar el motivo.



Para valorar la normalidad de las variables se utilizó la prueba de Kolmogorov-Smirnov-Lilliefors, determinando el perfil de la muestra y la distribución de puntuaciones mediante estadística descriptiva, media y desviación estándar (DE) o mediana y percentiles (5-95), para variables cuantitativas, y frecuencias y porcentajes, para las cualitativas.

La validez del cuestionario FHPAST en su versión española se evaluó en términos de validez de criterio concomitante y validez de constructo convergente y discriminante. La validez de criterio concomitante (fase 2.1) se calculó utilizando las puntuaciones de las respuestas a los ítems del FHPAST, individualmente o agrupadas por patrones de salud, para comprobar su grado de correlación con los ítems y/o dimensiones correspondientes al contenido de cada patrón en los otros instrumentos empleados para la recogida de datos: EuroQol-5D, láminas COOP/WONCA y CdePS. El grupo de investigación determinó, *a priori*, las dimensiones y los ítems concomitantes al contenido de cada patrón de salud para estimar la fuerza de estas correlaciones mediante coeficientes rho de Spearman. Un coeficiente $r \geq 0.8$ indicaría un grado de correlación muy fuerte, $r = 0.6-0.8$, correlación moderada, $r = 0.3-0.6$, suficiente, y $r < 0.3$, pobre (Chan, 2003). La validez de constructo convergente (fase 2.2) se estimó calculando la fuerza de la correlación entre las puntuaciones totales de las respuestas a los ítems del FHPAST y las puntuaciones totales de los otros instrumentos. La validez de constructo discriminante se halló comprobando correlaciones inversas o diferencias en las puntuaciones totales del FHPAST frente a variables esperables como la edad o el padecimiento de problemas crónicos de salud. Tales estimaciones se realizaron calculando coeficientes rho de Spearman y comparando las puntuaciones obtenidas entre los grupos mediante las pruebas T de Student o U de Mann-Whitney y ANOVA de un factor o Kruskal-Wallis, en función de la normalidad de la distribución.

En cuanto a las pruebas de fiabilidad (2.3), la consistencia interna se valoró mediante el cálculo del alfa de Cronbach, la prueba mitad y mitad y las correlaciones interenunciadas según coeficientes rho de Spearman. La estabilidad del instrumento se calculó mediante pruebas test-retest. Se tomaron como valores favorables de consistencia interna puntuaciones superiores a 0,8 para el alfa de Cronbach (Carretero-Dios y Pérez, 2005). La estabilidad de las respuestas dadas por los participantes al FHPAST en su versión en español fue valorada mediante la correlación de las puntuaciones individuales de cada ítem, agrupadas en dos categorías (funcional-disfuncional) y obtenidas tras la administración inicial del instrumento y la consecutiva, tras 7-14 días del primer pase, utilizando los valores de concordancia kappa de Cohen y considerando como reproducibilidad adecuada del cuestionario valores iguales o superiores a 0,40 (Landis & Koch, 1977).

Todos los análisis fueron procesados con ayuda del programa estadístico SPSS 25.0 (IBM, Chicago, IL) y a niveles de significación $p < 0,05$.



RESULTADOS

FASE 1. OBTENCIÓN DE LA VERSIÓN ESPAÑOLA DEL FHPAST

La traducción de la escala original, de inglés a español, se realizó, por separado, por parte de dos profesionales bilingües nativos del castellano. Resultaron, de este modo, dos traducciones, que fueron comparadas y sintetizadas en una sola, recibiendo el visto bueno y aprobación del equipo de investigación. Se obtuvo así una primera versión traducida (tabla 1, ver anexo). Seguidamente, dicha traducción fue retrotraducida de nuevo al inglés por otros dos profesionales nativos de habla inglesa, quienes desconocían la versión original del instrumento, su contexto de aplicación y finalidad. La versión retrotraducida fue revisada y validada de nuevo por el equipo de investigación confirmando su consonancia con la versión original en inglés. El comité de revisión, conformado para aprobar una versión definitiva en español (tabla 1, ver anexo), realizó las modificaciones y ajustes oportunos, hasta alcanzar consenso, en el enunciado de veinte ítems, tras una prueba piloto con muestra pequeña de pacientes y profesionales en la cual se evaluaron la comprensión del instrumento y su factibilidad.

En las pruebas de validez aparente, 16 expertos asignaron cada ítem del FHPAST, ya en su versión definitiva en español, a alguno de los patrones de salud del marco de valoración de M. Gordon (1994). Esta asignación se realizó mediante rondas Delphi. Tras el primer pase a los expertos, quince de los ítems no alcanzaron el acuerdo mínimo del 80% preestablecido, por lo que se realizó una segunda ronda para ubicar dichos ítems entre las opciones de mayor frecuencia en la ronda anterior. En esta ocasión se asignó la ubicación definitiva por mayoría simple, pudiendo quedar ubicados algunos de esos ítems en el contexto de más de un patrón de salud (tabla 1, ver anexo). Esta circunstancia se dio para cuatro de los ítems del cuestionario FHPAST: 1, 42, 51 y 57. De este modo, podemos observar la cantidad de ítems del instrumento FHPAST en versión española que fueron ubicados en cada uno de los patrones de salud del marco de valoración de M. Gordon:

1. Percepción-Manejo de la Salud: 14 ítems (24,6%).
2. Nutricional-Metabólico: 3 ítems (5,3%).
3. Eliminación: 2 ítems (3,5%).
4. Actividad-Ejercicio: 6 ítems (10,5%).
5. Sueño-Descanso: 2 ítems (3,5%).
6. Cognitivo-Perceptivo: 5 ítems (8,8%).
7. Autopercepción-Autoconcepto: 11 ítems (19,3%).
8. Rol-Relaciones: 6 ítems (10,5%).
9. Sexualidad-Reproducción: 1 ítem (1,8%).
10. Adaptación-Tolerancia a estrés: 8 ítems (14%).
11. Valores-Creencias: 3 ítems (5,3%).



Los índices de validez de contenido e índices de representatividad, para cada ítem, se muestran en la tabla 1. El índice global de validez de contenido fue de 0,83 y el índice global de representatividad, de 0,81.

FASE 2. EVALUACIÓN DE LAS PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE LA VERSIÓN OBTENIDA

Las características sociodemográficas y clínicas de la muestra final participante en la fase de campo para la evaluación de las propiedades psicométricas del FHPAST versión española se presentan en la tabla 2 (ver anexo). Se incluyeron en el estudio 354 personas reclutadas en consultas del centro de salud. El tiempo de cumplimentación del instrumento fue de 7,8(2,7) minutos. La distribución de puntuaciones por categorías de respuestas del FHPAST traducido al español se expone en la tabla 3 (ver anexo).

VALIDEZ DE CRITERIO CONCOMITANTE

Se comprobaron correlaciones significativas ($p < 0,001$) entre las puntuaciones de los ítems del FHPAST, versión española, componentes del patrón de salud 1. Percepción-Manejo de la Salud y las puntuaciones de ítems o dimensiones correspondientes al mismo patrón en EuroQol-5D, láminas COOP/WONCA y CdePS, obteniéndose valores del coeficiente rho de Spearman de $r_s = -0,378$, $r_s = 0,431$, $r_s = 0,342$. En cuanto a los componentes del patrón de salud 4. Actividad-Ejercicio, los resultados de las correlaciones entre las puntuaciones de los ítems del FHPAST y los instrumentos EuroQol-5D y láminas COOP/WONCA fueron: $r_s = 0,547$, $r_s = 0,599$ ($p < 0,001$). Para el patrón de salud 6. Cognitivo-Perceptivo, se valoraron las correlaciones entre los ítems que evaluaron el nivel de dolor, entre el FHPAST y el EuroQol-5D y láminas COOP/WONCA, resultando significativas ($p < 0,001$) con valores: $r_s = 0,501$, $r_s = 0,599$. Las correlaciones entre las puntuaciones de los ítems correspondientes al patrón 7. Autopercepción-Autoconcepto entre FHPAST y el resto de los instrumentos fueron: $r_s = 0,452$ (EuroQol-5D), $r_s = 0,455$ (láminas COOP/WONCA), $r_s = 0,685$ (CdePS), con significación estadística $p < 0,001$. Respecto al patrón de salud 8. Rol-Relaciones se analizaron las correlaciones entre las puntuaciones de su contenido en FHPAST y en las láminas COOP/WONCA y el cuestionario CdePS: $r_s = 0,389$, $r_s = 0,398$ ($p < 0,001$). Por último, para el patrón de salud 10. Adaptación-Tolerancia a estrés, las correlaciones entre FHPAST y el CdePS, para los ítems componentes del contenido de dicho patrón, fueron significativas con un valor rho de Spearman de 0,364 ($p < 0,001$).



VALIDEZ DE CONSTRUCTO

Validez de constructo convergente

Las puntuaciones totales del FHPAST en español se correlacionaron positivamente con las variables sumatorias de puntuaciones de los otros instrumentos de contraste: EuroQol-5D, láminas COOP/WONCA y CdePS. Los valores rho de Spearman respectivos apuntan una elevada validez de convergencia: $rs=0,527$, $rs=0,616$, $rs=0,732$ ($p<0,001$).

VALIDEZ DE CONSTRUCTO DISCRIMINANTE

Se comprobó que a menor edad existía mayor puntuación en el instrumento FHPAST, es decir, peor estado de salud percibido: $rs=-0,207$ ($p<0,001$). Por grupos de edad, la prueba ANOVA de un factor corroboró puntuaciones mayores para los grupos más jóvenes, comprobándose diferencias significativas ($p=0,001$) entre las medias: 109,29(21,63) puntos para el grupo de 18 a 39 años; 105,13(22,23) puntos en el grupo de 40 a 64 años; 96,73(20,25) puntos entre 65 y 79 años; y 95,90(18,63) puntos para las personas con 80 o más años (imagen 1, ver anexo). No se hallaron diferencias significativas entre las puntuaciones totales del FHPAST de quienes padecían problemas de salud crónicos y quienes no los padecían.

FIABILIDAD

Consistencia interna

El valor global de α de Cronbach para el FHPAST adaptado al español fue de 0,916, indicando un nivel excelente de consistencia interna según George y Mallery (2003). La prueba mitad y mitad dividió el número total de elementos del cuestionario FHPAST en dos partes desiguales, una con 29 elementos y la otra con 28. En esta prueba el coeficiente de Spearman-Brown obtuvo un valor de correlación de 0,848. Ello apunta hacia una buena confiabilidad del instrumento. Los resultados de las pruebas de consistencia interna se presentan en la tabla 4 (ver anexo). Con respecto a las correlaciones interenunciados, entre los ítems y la puntuación total, los valores obtenidos fueron aceptables para la mayoría de los componentes. Ninguno de los ítems, al ser eliminado de la escala, producía un incremento en el valor total α de Cronbach.

ESTABILIDAD

En la tabla 4 se exponen los resultados de las pruebas de fiabilidad test-retest, describiéndose los porcentajes de acuerdo pre-post respecto a los valores tomados como funcionales o disfuncionales en las respuestas a los ítems del FHPAST. Se muestran los grados de concordancia según el valor del índice kappa de Cohen, la



calidad de la correlación y el nivel de significación estadística. Hay que señalar que la mayoría de los acuerdos se encontraron en los niveles moderado-bueno según los criterios de Landis y Koch (1977).

DISCUSIÓN

En este artículo se expone la adaptación y validación al contexto español del FHPAST, instrumento que, comprobadas las adecuadas propiedades psicométricas de validez y fiabilidad, recibe, en su versión española, el nombre de «Instrumento de Valoración y Cribado por Patrones Funcionales de Salud» (IVyC-PFS). El IVyC-PFS se configura como un cuestionario autoadministrado válido, fiable y fácil de usar que permite identificar las áreas de disfunción, percibidas por la persona, de acuerdo con el marco de valoración por PFS de Gordon. De este modo, las enfermeras de AP podrían contrastar los resultados en la aplicación del instrumento con la valoración clínica para posteriormente determinar las necesidades de cuidado en forma de diagnósticos enfermeros y planificar las intervenciones correspondientes.

Tras el proceso de traducción-retrotraducción (fases 1.1 y 1.2), las pruebas de validez aparente y de contenido (fase 1.3) permitieron organizar las dimensiones del IVyC-PFS según una estructura de valoración ampliamente conocida y utilizada por parte de las enfermeras asistenciales en todo el mundo, como es la de patrones de salud de Gordon. Este hecho conllevó la decisión, por parte del equipo de investigación, de no realizar un análisis factorial, con los datos empíricos, como prueba de validez de constructo, al disponer de una estructura dimensional teórica validada por expertos. En la distribución de los ítems del IVyC-PFS según los patrones de salud predominó la asignación a tres áreas fundamentalmente, que recogen casi seis de cada diez ítems del instrumento: Percepción-Manejo de la Salud, Autopercepción-Autoconcepto y Adaptación-Tolerancia a estrés. Esta característica del cuestionario apunta hacia una herramienta que describe ampliamente, y sobre todo, la salud percibida por las personas encuestadas según las áreas descritas, siendo necesario complementar estos datos de autovaloración global con la información obtenida por la enfermera en su valoración clínica. Se sabe que los cuestionarios son instrumentos de ayuda a la valoración, pero no la sustituyen (Brito y Aguirre, 2014; Brito, 2020).

Las pruebas de validez de criterio concomitante (fase 2.1), comprobada con el EuroQol-5D, las láminas COOP de la WONCA y el cuestionario CdePS, se realizaron entre los ítems componentes del IVyC-PFS para seis patrones de salud del marco de valoración de Gordon, dado que para el resto de los patrones no existía correspondencia en los instrumentos de contraste que permitieran medir el mismo criterio evaluado. Los coeficientes obtenidos mostraron valores de correlación de suficiente a moderada, según los criterios de Chan (2003).

Igualmente, los valores de correlación resultantes de las pruebas de validez de constructo convergente (fase 2.2) describen una calidad suficiente-moderada en esta fase de validación. Para la validez discriminante solamente se obtuvieron diferencias entre las puntuaciones del IVyC-PFS según los grupos de edad, declarándose peor estado de salud percibido por los participantes en personas con menos



años o pertenecientes a las categorías de edad más jóvenes. *A priori*, este hallazgo podría parecer contradictorio, si se considera el resultado como un valor global de afectación biopsicosocial centrado en áreas de funcionalidad para la vida cotidiana. Bajo esta concepción cabría esperar que las personas de más edad presentaran más limitaciones y, en consecuencia, un peor resultado al administrarse el IVyC-PFS. No obstante, como hemos mencionado anteriormente, se trata de una herramienta en la que predominan ítems de valoración de salud autopercibida y es aquí donde encontramos mayor disfuncionalidad descrita por el grupo de personas más jóvenes. Quizás porque las áreas de valoración predominantes no son tanto las físicas y funcionales para la vida diaria, sino las de salud percibida (estrés, afrontamiento, conductas de cuidados...), donde las personas de menos edad indican peor estado. Igualmente, hay que destacar, como también se señaló con anterioridad, la necesidad de confrontar los resultados del IVyC-PFS con la valoración clínica que realiza la enfermera.

Sobre la fiabilidad del instrumento IVyC-PFS, obtenido en esta investigación, los valores α de Cronbach, así como la prueba mitad y mitad y las correlaciones interenunciados, son muy favorables de cara a sustentar la consistencia interna del cuestionario. Respecto a las pruebas test-retest, el 86% de los ítems mostró un grado de acuerdo entre moderado y muy bueno (Landis y Koch, 1977) aunque solamente uno de cada cuatro ítems estaba en la categoría de acuerdo bueno o muy bueno. Esto sugiere, para futuras investigaciones, la posible realización de nuevas pruebas de estabilidad test-retest que permitan corroborar o mejorar nuestros hallazgos, centrando los análisis de contraste quizás no ya entre los ítems, sino entre las posibles salidas diagnósticas (a construir y validar) en forma de enunciados diagnósticos enfermeros de la clasificación de NANDA-I, resultantes de la combinación de respuestas a conjuntos de ítems, como sucede con el instrumento CdePS (Brito, Rodríguez, Sierra, Rodríguez y Aguirre, 2012).

El IVyC-PFS cuenta con un nivel de desarrollo alto según los criterios para el grado de recomendación de cuestionarios de medida de la salud (Badía y Alonso, 2007), cumpliendo al menos cinco de los criterios aplicables: Traducción/retrotraducción y prueba piloto de la adaptación; Validez de constructo; Validez convergente-discriminante; Fiabilidad interna y Fiabilidad test-retest.

Este estudio no está exento de posibles limitaciones en su realización. Primeramente, la no disponibilidad de un «gold standard» para valorar la funcionalidad biopsicosocial desde la perspectiva enfermera. Ello nos ha obligado a emplear otras herramientas de evaluación cercanas, que midieran conceptos similares o áreas afines como fueron el EuroQol-5D, las láminas COOP de WONCA y el cuestionario de problemas psicosociales CdePS. Otra limitación es la ausencia, al menos en la exposición de resultados de esta publicación, de pruebas de sensibilidad al cambio. Estas pruebas sí fueron realizadas y descritas, de forma cualitativa y caso por caso, para una muestra pequeña de veinte pacientes, participantes en el proceso de investigación de la tesis publicada por Sanz (2017). Serían necesarios nuevos estudios y pruebas para valorar la sensibilidad al cambio, en el estado de salud percibido, tras intervenciones enfermeras que permitieran abordar y mejorar las necesidades de cuidado, descritas empleando diagnósticos enfermeros de NANDA-I, de los participan-



tes. Finalmente, podría existir un sesgo en la elección de los participantes, dado el tipo de muestreo realizado, al llevarse a cabo la selección únicamente entre la población que acudió a consultas en el centro de salud y aceptó participar en el estudio.

CONCLUSIONES

Como conclusión principal podemos afirmar que el «Instrumento de Valoración y Cribado por Patrones Funcionales de Salud», IVyC-PFS, es un cuestionario válido, fiable y sencillo de usar para facilitar una autoevaluación de salud funcional percibida, bajo el marco de valoración de patrones funcionales de Gordon, obteniéndose con éxito una versión española de la versión original en inglés, el FHPAST.

FINANCIACIÓN

Este proyecto de investigación no ha sido financiado por ninguna entidad pública ni privada durante el proceso de realización o difusión de resultados.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

AGRADECIMIENTOS

A todos los pacientes y profesionales de la Zona Básica de Salud Laguna Geneto y, en concreto, a los usuarios pertenecientes al consultorio local de La Esperanza, por su participación desinteresada y disposición a colaborar en todas las etapas del estudio.

RECIBIDO: 5-11-2021; ACEPTADO: 15-12-2021



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALVIN, C. (2015). Nursing assessments: fill-in-the blank, narrative, accuracy [Blog post]. Alvin and associates legal nurse consultants. Recuperado de <http://alvinandassociateslnc.com/nursing-assessments-fill-in-the-blank-narrative-accuracy/>.
- BADÍA, X. y ALONSO, J. (2007). *La medida de la salud. Guías de escalas de medición en español*. 4.ª ed. Barcelona: Editec.
- BARROS, A.L.B.L., MICHEL, J.L.M. y NOBREGA, M.L. (2003). Translation, utilization, and psychometric properties of the Functional Health Pattern Assessment screening tool with patients in Brazil. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 14(4), 17.
- BEYEA, S. y MATZO, M. (1989). Assessing elders using the functional health pattern assessment model. *Nurse educator*, 14(5), 32-37.
- BRITO BRITO, P.R., RODRÍGUEZ ÁLVAREZ, C., SIERRA LÓPEZ, A., RODRÍGUEZ GÓMEZ, J.A. y AGUIRRE JAIME, A. (2012). Design and validation of a questionnaire for psychosocial nursing diagnosis in Primary Care. *Enfermería Clínica*, 22(3), 126-134.
- BRITO BRITO, P.R. y AGUIRRE JAIME, A. (2014). «Por qué son necesarios instrumentos de ayuda al diagnóstico enfermero», en Brito Brito, P.R. y Aguirre Jaime, A. *El diagnóstico psicosocial desde una perspectiva enfermera* (pp. 41-49). Barcelona: Elsevier.
- BRITO BRITO, P.R. (2020). «Investigación sobre el proceso de valoración enfermera», en Echevarría Pérez, P. *Investigación en metodología y lenguajes enfermeros* (2.ª ed.) (pp. 127-136). Barcelona: Elsevier.
- BUTCHER, H., BULECHEK, G., DOCHTERMAN, J. y WAGNER, C. (eds.). (2019). *Clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC)* (7.ª ed.). Barcelona: Elsevier.
- CARBOGIM, Fda. C., OLIVEIRA, L.B. y PÜSCHEL, V.A. (2016). Critical thinking: concept analysis from the perspective of Rodger's evolutionary method of concept analysis. *Revista Latino Americana de Enfermagem*, 24, e2785.
- CARRETERO-DIOS, H. y PÉREZ, C. (2005). Normas para el desarrollo y revisión de estudios instrumentales. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 5(3), 521-551.
- CARVAJAL, A., CENTENO, C., WATSON, R., MARTÍNEZ, M. y SANZ-RUBIALES, Á. (2011). How is an instrument for measuring health to be validated? *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 34(1), 63-72.
- CHAN, Y.H. (2003). Biostatistics 104: correlational analysis. *Singapore Medical Journal* 44(12), 614-619.
- FLANAGAN, J. y WEIR-HUGHES, D. (2016). NANDA-I NIC and NOC, the EHR, and meaningful use. *International Journal of Nursing Knowledge*, 27(4), 183.
- GEORGE, D. y MALLERY, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference. 11.0 update* (4th ed.). Boston: Allyn & Bacon.
- GIKOW, F.F., KUCHARSKI, P.M. (1987). A new look at the community: functional health pattern assessment. *Journal of community health nursing*, 4(1), 21-27.
- GORDON, M. (1994). *Nursing diagnosis: Process and application*. Philadelphia: Mosby.
- HERDMAN, M., BADÍA, X. y BERRA, S. (2001). EuroQol-5D: a simple alternative for measuring health-related quality of life in primary care. *Atención Primaria*, 28(6), 425-430.



- HERDMAN, H. y KAMITSURU, S. (Eds). (2019). *NANDA International, Inc. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2018-2020*. Undécima edición. Barcelona: Elsevier.
- HERDMAN, T.H., KAMITSURU, S. y TAKÁO LOPES, C. (eds.). (2021). *NANDA International, Inc. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2021-2023*. Duodécima edición. Barcelona: Elsevier.
- JONES, D., DUFFY, M.E., FLANAGAN, J., FOSTER, F. (2012). Psychometric evaluation of the Functional Health Pattern Assessment Screening Tool (FHPAST). *International Journal of Nursing Knowledge*, 23(3), 140-145.
- JONES, D.A., HERDMAN, T.H., DE CÁSSIA GENGO, R. y BUTCHER, S. (2021). «Razonamiento clínico: de la valoración al diagnóstico», en Herdman, T.H., Kamitsuru, S. y Takáo Lopes, C. (eds.). *NANDA International, Inc. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2021-2023*. Duodécima edición. Barcelona: Elsevier.
- KLINE, P. (1994). *An easy guide to factor analysis*. London: Routledge.
- LANDIS, J. y KOCH, G. (1977). The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*, 33, 159-174.
- LIZÁN TUDELA, L. y REIG FERRER, A. (2002). Evaluation in the clinic of health-related quality of life: the COOP/WONCA cartoons. *Atención Primaria*, 29(6), 378-384.
- LOPES, J.L., ALTINO, D. y SILVA DE CÁSSIA, G.E. (2010). Content validation of current and new defining characteristics of the nursing diagnosis: Decreased cardiac output. *Acta Paulista de Enfermagem*, 23(6), 764-768.
- LUNNEY, M. (2010). Use of critical thinking in the diagnostic process. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications*, 21(2), 82-88.
- MOORHEAD, S., SWANSON, E., JOHNSON, M. y MASS, M. (eds.). (2019). *Clasificación de resultados de Enfermería (NOC)* (6ª ed.). Barcelona: Elsevier.
- NUNNALLY, J.C. y BERNSTEIN, I.H. (1994). *Psychometric theory* (3rd ed.). New York: McGraw-Hill.
- PÉREZ RIVAS, F.J., MARTÍN-IGLESIAS, S., PACHECO DEL CERRO, J.L., MINGUET ARENAS, C., GARCÍA LÓPEZ, M. y BEAMUD LAGOS, M. (2016). Effectiveness of nursing process use in Primary Care. *International Journal of Nursing Knowledge*, 27(1), 43-48.
- POLIT, D.F. y TATANO BECK, C. (2012). *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. New York: Lippincott Williams and Wilkins.
- SANZ SÁNCHEZ, I. (2017). *Validación y adaptación de un instrumento de medida de funcionalidad biopsicosocial, en ámbito sanitario rural* (Tesis doctoral). Directores: Novo Muñoz, M.M., Rodríguez Gómez, J.A. y Brito Brito, P.R. Universidad de La Laguna, España.



ANEXOS

TABLA 1. PRUEBAS DE TRADUCCIÓN-RETROTRADUCCIÓN, VALIDEZ APARENTE Y DE CONTENIDO DEL CUESTIONARIO FHPAST EN SU VERSIÓN ESPAÑOLA

ITEM	TRADUCCIÓN-RETROTRADUCCIÓN			VALIDACIÓN DE APTI- RIENCIA: ASIGNACIÓN DE ÍTEM A PATRONES DE SALUD DE GORDON (% DE ACUERDO)	VALIDACIÓN DE CONTENIDO		
	VERSIÓN ORIGINAL FHPAST	TRADUCCIÓN. VERSIÓN INICIAL CONSENSUADA EN ESPAÑOL	RETROTRADUCCIÓN		VERSIÓN DEFINITIVA CONSENSUADA EN ESPA- ÑOL TRAS PRUEBA PILOTO	IVC	IR
1	I have enough energy for activities of daily living	Tengo suficiente energía para mis actividades de la vida diaria	I have enough energy to complete my everyday activities	Tengo suficiente energía para mis actividades de la vida diaria	Sueño-Descanso y Actividad-Ejercicio (43,8%) ^a	0,84	0,84
2	I do aerobic exercise for 20 minutes 2,3 or more times a week	Hago ejercicio aeróbico al menos 20 minutos tres veces o más a la semana	I do aerobic exercise at least 20 minutes three or more times a week	Hago ejercicio al menos 20 minutos tres veces o más a la semana	Actividad-Ejercicio (100%)	0,82	0,84
3	I feel rested when I awake	Me siento descansado/a cuando despierto	I feel rested when I wake up	Me siento descansado/a cuando despierto	Actividad-Ejercicio (100%)	0,86	0,73
4	I feel good about myself	Me siento bien conmigo mismo/a	I feel good about myself	Me siento bien conmigo mismo/a	Auto percepción-Auto-concepto (100%)	0,95	0,89
5	I am able to cope with stresses in my life	Puedo enfrentar el estrés en mi vida	I can handle the stress in my life	Puedo hacer frente al estrés en mi vida	Adaptación-Tolerancia a estrés (100%)	0,80	0,78
6	I have someone I can talk to when I need help/support	Tengo a alguien con quien puedo hablar cuando necesito ayuda o apoyo	I have someone to talk to when I need help or support	Tengo a alguien con quien puedo hablar cuando necesito ayuda o apoyo	Rol-Relaciones (87,5%)	0,84	0,80
7	Religious/spiritual practices give meaning to my life	Las prácticas religiosas o espirituales dan significado a mi vida	Religious or spiritual practices give meaning to my life	Las prácticas religiosas o espirituales dan significado a mi vida	Valores-Creencias (100%)	0,75	0,84





8	I am comfortable with my sexuality	Me siento a gusto con mi sexualidad	I feel comfortable with my sexuality	Me siento a gusto con mi orientación y/o práctica sexual	Sexualidad-Reproducción (93,8%)	0,82	0,84
9	My health is important to me	Mi salud es importante para mí	My health is important to me	Mi salud es importante para mí	Percepción-Manejo de la salud (81,3%)	0,84	0,80
10	I can make changes in my lifestyle to improve my health	Puedo hacer cambios en mi estilo de vida para mejorar mi salud	I can make changes in my lifestyle to improve my health	Soy capaz de hacer cambios en mis hábitos de vida para mejorar mi salud	Percepción-Manejo de la salud (93,8%)	0,93	0,86
11	I intentionally limit my dietary fat intake	Intencionalmente limito mi consumo diario de grasas	I limit my daily intake of fat on purpose	Limito mi consumo diario de grasas	Nutricional-Metabólico (100%)	0,73	0,78
12	I feel comfortable with my weight	Me siento a gusto con mi peso	I feel comfortable with my weight	Me siento a gusto con mi peso	Auto percepción-Auto-concepto (56,3%) ^a	0,82	0,80
13	I heal easily	Me curo con facilidad	I heal/recover/get better easily	Cuando estoy enfermo me recupero o mejoro con facilidad	Percepción-Manejo de la salud (87,5%)	0,67	0,61
14	I fall asleep without a problem	Me duermo sin problema	I fall asleep without difficulty	Me duermo fácilmente	Sueño-Descanso (100%)	0,82	0,77
15	I am hopeful about the future	Tengo esperanza en el futuro	I'm hopeful about the future	Tengo esperanza en el futuro	Valores-Creencias (100%)	0,78	0,75
16	I feel in control of my life	Siento que tengo el control de mi vida	I feel in control of my life	Siento que tengo el control de mi vida	Auto percepción-Autoconcepto (81,3%)	0,82	0,70
17	I like the way I look	Me gusta mi aspecto	I like my physical appearance	Me gusta mi aspecto	Auto percepción-Autoconcepto (93,8%)	0,84	0,89

18	I feel good about the decisions I make	Me siento bien con las decisiones que tomo	I feel good about the decisions I make	Me siento bien con las decisiones que tomo	Autopercepción-Autoconcepto (93,8%)	0,86	0,82
19	I am satisfied with my problem-solving ability	Estoy satisfecho con mi capacidad de resolver problemas	I'm satisfied with my ability to resolve problems	Estoy satisfecho con mi capacidad de resolver problemas	Adaptación-Tolerancia a estrés (50%) ^a	0,82	0,82
20	I seek immediate attention for changes in my health	Busco atención inmediata cuando hay cambios en mi salud	I get help immediately when there are changes in my health	Busco atención inmediata cuando hay cambios en mi salud	Percepción-Manejo de la salud (100%)	0,75	0,75
21	I am able to adjust to changes in my life	Soy capaz de adaptarme a los cambios en mi vida	I'm able to adjust to life changes	Soy capaz de adaptarme a los cambios en mi vida	Adaptación-Tolerancia a estrés (62,5%) ^a	0,89	0,86
22	I have an annual health examination	Me hago un examen anual de salud	I go for an annual health check-up	Me hago un examen anual de salud	Percepción-Manejo de la salud (100%)	0,68	0,66
23	I am able to follow recommendations from my healthcare provider	Puedo seguir las recomendaciones de mi enfermera o médico	I can follow the recommendations of my nurse or doctor	Soy capaz de seguir las recomendaciones de mi enfermera o médico	Percepción-Manejo de la salud (100%)	0,84	0,86
24	I wear a seat belt	Uso el cinturón de seguridad	I wear my seat belt in the car	Uso el cinturón de seguridad	Percepción-Manejo de la salud (93,8%)	0,75	0,70
25	I avoid the sun or use sunscreen	Evito el sol o uso protección solar	I stay out of the sun or I use sunscreen	Evito el sol o uso protección solar	Percepción-Manejo de la salud (100%)	0,82	0,73
26	I am in excellent health	Tengo una salud excelente	I am in excellent health	Tengo una salud excelente	Percepción-Manejo de la salud (93,8%)	0,68	0,66
27	I am happy with my life	Estoy feliz con mi vida	I'm happy with my life	Estoy feliz con mi vida	Autopercepción-Autoconcepto (81,3%)	0,80	0,80
28	I am able to hear clearly	Puedo oír con claridad	I can hear clearly	Puedo oír con claridad	Cognitivo-Perceptivo (100%)	0,82	0,82





29	I can concentrate for a long period of time	Puedo concentrarme por un largo periodo de tiempo	I can concentrate for a long period of time	Puedo concentrarme por un largo periodo de tiempo	Cognitivo-Perceptivo (100%)	0,68	0,73
30	I am able to learn new information easily	Puedo aprender nueva información con facilidad	I can understand new information easily	Puedo aprender nueva información con facilidad	Cognitivo-Perceptivo (100%)	0,80	0,77
31	The choices I make about my life are consistent with my values	Las elecciones que tomo acerca de mi vida concuerdan con mis valores	The life choices I make coincide with my principles or values	Las elecciones que tomo acerca de mi vida concuerdan con mis principios o valores	Valores-Creencias (87,5%)	0,84	0,82
32	I eat five to six servings of fruits and vegetables daily	Tomo 5 o 6 porciones de frutas y verduras al día	I eat 5 to 6 servings of fruit and vegetables a day	Tomo cinco o seis porciones de frutas y verduras al día	Nutricional-Metabólico (100%)	0,86	0,89
33	I drink six to eight glasses of water daily	Tomo de seis a ocho vasos de agua al día	I drink 6 to 8 glasses of water a day	Tomo de seis a ocho vasos de agua al día	Nutricional-Metabólico (100%)	0,86	0,86
34	I am satisfied with what I do for work	Estoy satisfecho con lo que hago en el trabajo	I'm satisfied with what I do at work	Estoy satisfecho con lo que hago en el trabajo	Auto percepción-Autoconcepto (43,8%) ^a	0,82	0,80
35	I feel comfortable with the role I play in my family	Me siento cómodo con el papel que desempeño en mi familia	I am comfortable with the role I play in my family	Me siento bien con el papel que desempeño en mi familia	Rol-Relaciones (100%)	0,89	0,84
36	I am satisfied with my social life	Estoy satisfecho con mi vida social	I am satisfied with my social life	Estoy satisfecho con mi vida social (familia, amigos...)	Rol-Relaciones (100%)	0,86	0,86
37	I feel comfortable expressing my feelings and emotions	Me siento cómodo expresando mis sentimientos y emociones	I feel comfortable expressing my feelings and emotions	Me siento cómodo expresando mis sentimientos y emociones	Auto percepción-Autoconcepto (75%) ^a	0,80	0,84
38	I feel I can easily communicate with others	Siento que puedo comunicarme fácilmente	I feel like I can communicate easily	Siento que puedo comunicarme fácilmente con los demás	Rol-Relaciones (56,3%) ^a	0,78	0,82

39	I have a usual routine that I perform to help me relax	Tengo una rutina usual que realizo para ayudar a relajarme	I have a standard routine that I use to help myself relax	Habitualmente hago cosas para relajarme	Adaptación-Tolerancia a estrés (62,5%) ^a	0,80	0,75
40	I consider myself to be healthy	Considero que estoy sano	I consider myself healthy	Considero que estoy sano	Percepción-Manejo de la salud (100%)	0,84	0,80
41	It is a burden to participate in family caretaking activities	Es una carga para mí participar en actividades de cuidado de los miembros de mi familia	It is a burden for me to participate in the activities necessary to take care of family members	Es una carga para mí participar en actividades de cuidado de los miembros de mi familia	Rol-Relaciones (93,8%)	0,96	0,89
42	I experience pain that interrupts my daily activities	Experimento dolor que interrumpe mis actividades diarias	I have pain that interferes with my daily activities	Tengo dolores que me impiden realizar mis actividades diarias	Cognitivo-Perceptivo y Actividad-Ejercicio (56,3%) ^a	0,93	0,93
43	I feel stress, tension or pressure	Siento estrés, tensión o presión	I feel stress, tension or pressure	Siento estrés, tensión o presión	Adaptación-Tolerancia a estrés (100%)	0,89	0,80
44	I have difficulty urinating	Tengo dificultades para orinar	I have difficulty urinating	Tengo dificultades para orinar	Eliminación (100%)	0,86	0,86
45	I have problems with bowel elimination	Tengo problemas para defecar	I have trouble defecating	Tengo problemas para defecar	Eliminación (100%)	0,86	0,86
46	When I drink alcohol, wine, or beer, I feel guilty	Cuando tomo alcohol, vino o cerveza, me siento culpable	When I drink alcohol, wine or beer, I feel guilty	Cuando tomo alcohol, vino o cerveza, me siento culpable	Auto percepción-Autoconcepto (43,8%) ^a	0,84	0,70
47	I use recreational drugs	Uso drogas	I use drugs	Consumo drogas	Percepción-Manejo de la salud (87,5%)	0,93	0,93
48	I smoke cigarettes	Fumo cigarrillos	I smoke cigarettes	Fumo cigarrillos	Percepción-Manejo de la salud (87,5%)	0,91	0,91





49	I have difficulty with my vision	Tengo dificultades con mi visión	I have difficulty with my vision	Tengo dificultades con mi visión	Cognitivo-Perceptivo (100%)	0,86	0,89
50	My physical abilities limit my activities of daily living	Mi capacidad física limita mis actividades diarias	My physical ability limits my daily activities	Mi capacidad física limita mis actividades diarias	Actividad-Ejercicio (93,8%)	0,91	0,91
51	I have difficulty controlling my anger	Tengo dificultad para controlar mi ira	I have difficulty controlling my temper	Tengo dificultad para controlar mi ira o rabia	Adaptación-Tolerancia a estrés y Auto percepción-Autoconcepto (50%) ^a	0,84	0,80
52	I feel unusual physical symptoms with walking	Siento síntomas físicos poco usuales al caminar	I feel unusual physical symptoms when I walk	Tengo molestias físicas al caminar	Actividad-Ejercicio (100%)	0,89	0,84
53	I worry a lot	Me preocupo mucho	I worry a lot	Me preocupo mucho	Adaptación-Tolerancia a estrés (43,8%) ^a	0,82	0,80
54	I feel at risk for physical harm	Me siento en riesgo de daño físico	I feel in danger of getting hurt physically	Me siento en riesgo de sufrir algún daño físico	Percepción-Manejo de la salud (56,3%) ^a	0,70	0,75
55	I experience physical discomfort when I am under stress	Experimento malestar físico cuando estoy bajo estrés	I feel physically unwell when I am under stress	Experimento malestar físico cuando estoy bajo estrés	Adaptación-Tolerancia a estrés (68,8%) ^a	0,75	0,84
56	I have family problems that I find difficult to handle	Tengo problemas familiares que encuentro difíciles de manejar	I have family problems that I find difficult to handle	Tengo problemas familiares que me resultan difíciles de manejar	Rol-Relaciones (87,5%)	0,91	0,84
57	I fear for my safety	Temo por mi seguridad	I fear for my safety	Temo por mi seguridad	Percepción-Manejo de la salud y Auto percepción-Autoconcepto (37,5%) ^a	0,89	0,73

a: Ubicación en uno o más de un patrón de salud tras segunda ronda Delphi. IVC: Índice de Validez de Contenido. IR: Índice de Representatividad.

TABLA 2. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y CLÍNICAS DE LA MUESTRA PARTICIPANTE (N=354)

VARIABLES	VALORES	VARIABLES	VALORES
<i>Sexo</i>		<i>Dolor/Malestar</i>	
Mujer	60,2%	No tengo	39%
Hombre	39,8%	Tengo moderado dolor o malestar	52,5%
		Tengo mucho dolor o malestar	8,5%
<i>Edad</i>		<i>Ansiedad/Depresión</i>	
Rango	18-88	No estoy ansioso o deprimido	54,5%
Media en años (DE)	56,6(15,6)	Lo estoy moderadamente	39,3%
		Estoy muy ansioso/deprimido	6,5%
<i>Grupos de edad</i>		<i>En comparación con mi estado de salud general durante los últimos 12 meses, mi estado de salud hoy es</i>	
18 a 39 años	15,5%	Mejor	26%
40 a 64 años	49,7%	Igual	49,7%
65 a 79 años	29,1%	Peor	24,3%
80 o más años	5,6%		
<i>Estado civil</i>		<i>Mi estado de salud entre 0 y 100 puntos (de peor a mejor) es</i>	
Soltero	16,4%	Media en puntuación (DE)	64,3(19,1)
Casado o conviviente	67%		
Separado o divorciado	7,9%		
Viudo	8,8%		
<i>Estudios</i>		<i>Láminas COOP/WONCA</i>	
Sin estudios	19,2%	<i>Formalactividad física</i>	
Primarios	38,4%	Muy intensa o intensa	13%
Secundarios	27,4%	Moderada	45,2%
Universitarios	15%	Ligera o muy ligera	41,8%
<i>Situación laboral</i>		<i>Sentimientos: ansiedad, depresión, irritabilidad, tristeza, desánimo</i>	
Estudiante	1,7%	Nada o un poco	58,5%
Labores domésticas	17,6%	Moderadamente	18,4%
Trabaja por cuenta ajena o propia	36,2%	Bastante o intensamente	23,2%
Desempleado	13%		
Jubilado	31,4%		
<i>Padece enfermedad crónica</i>	90,7%	<i>Actividades cotidianas</i>	
		Ninguna o un poco de dificultad	70,9%
		Dificultad moderada	20,1%
		Mucha o total dificultad	9%
<i>Problema de salud</i>		<i>Cuidados: lavarse/vestirse</i>	
Obesidad o sobrepeso	49,4%	Ninguna o un poco de dificultad	92,7%
Hipertensión arterial	37%	Dificultad moderada	4,5%
Dislipemia	29,9%	Mucha o total dificultad	2,9%
Diabetes mellitus	18,1%	<i>Actividades sociales limitadas</i>	
Enfermedad cardiovascular	15,8%	En absoluto o ligeramente	72,3%
Depresión	15,5%	Moderadamente	14,1%
Artrosis o artritis	11,3%	Bastante o muchísimo	13,5%
<i>Toma 4 o más fármacos</i>	34,5%	<i>Cambio en estado de salud</i>	
		Mucho o un poco mejor	28,8%
		Igual, por el estilo	54,2%
		Un poco o mucho peor	17%
<i>EuroQol-5D</i>		<i>Estado de salud</i>	
<i>Movilidad</i>		Excelente, muy buena o buena	52,8%
No tengo problemas para caminar	67,8%	Regular	42,4%
Tengo algunos problemas	31,4%	Mala	4,8%
Tengo que estar en la cama	0,8%		



VARIABLES	VALORES	VARIABLES	VALORES
<i>Cuidado personal</i>		<i>Dolor</i>	
No tengo problemas	93,8%	Nada, muy leve o ligero	62,1%
Tengo algunos problemas	5,4%	Moderado	28,5%
Soy incapaz de lavarme o vestirme	0,8%	Intenso	9,3%
<i>Actividades cotidianas</i>		<i>Apoyo social</i>	
No tengo problemas	72,9%	Sí, de todos o de bastante gente	44,6%
Tengo algunos problemas	25,7%	Sí, algunas personas o alguien	51,4%
Soy incapaz de realizarlas	1,4%	No, nadie en absoluto	4%
<i>Diagnósticos enfermeros psicosociales más frecuentes según resultados del cuestionario CdePS</i>		<i>Calidad de vida cómo van las cosas</i>	
Síndrome de estrés-ansiedad	41,5%	Estupendamente o bastante bien	39,8%
Impotencia	39,5%	A veces bien, a veces mal	52,5%
Temor	36,7%	Bastante o muy mal	7,6%
Estrés por sobrecarga	33,9%		
Incumplimiento	33,6%		
Riesgo de soledad	33,1%		
Afrontamiento ineficaz	32,8%		
Duelo	26%		
Ansiedad	24,9%		
Soledad	24,6%		
Riesgo de duelo complicado	21,2%		
Riesgo de impotencia	20,9%		
Mantenimiento ineficaz de la salud	18,4%		
Deterioro de la interacción social	17,2%		
Baja autoestima crónica	15,5%		
Manejo inefectivo del régimen terapéutico	15%		
Duelo complicado	11,6%		
Aislamiento social	11,6%		
Aflicción crónica	11%		
Déficit de actividades recreativas	11%		



TABLA 3. FRECUENCIA DE RESPUESTA A LOS ÍTEMS DEL FHPAST VERSIÓN ESPAÑOLA (N=354)

FRECUENCIA (%) DE RESPUESTA A LOS ÍTEMS DEL FHPAST VERSIÓN ESPAÑOLA		SIEMPRE	FRECUENTEMENTE	ALGUNAS VECES	NUNCA
1	Tengo suficiente energía para mis actividades de la vida diaria	42,4	27,7	26,3	3,7
2	Hago ejercicio al menos 20 minutos tres veces o más a la semana	43,5	13,3	26,0	17,2
3	Me siento descansado cuando despierto	32,2	23,7	28,8	15,3
4	Me siento bien conmigo mismo	55,1	20,6	19,5	4,8
5	Puedo hacer frente al estrés en mi vida	46,6	24,6	24,3	4,5
6	Tengo a alguien con quien puedo hablar cuando necesito ayuda o apoyo	68,4	14,7	11,3	5,6
7	Las prácticas religiosas o espirituales dan significado a mi vida	33,3	9,0	24,3	33,3
8	Me siento a gusto con mi orientación y/o práctica sexual	74,9	8,2	11,0	5,9
9	Mi salud es importante para mí	84,5	8,8	5,6	1,1
10	Soy capaz de hacer cambios en mis hábitos de vida para mejorar mi salud	51,4	23,4	22,6	2,5
11	Limito mi consumo diario de grasas	39,3	30,2	22,9	7,6
12	Me siento a gusto con mi peso	36,2	14,4	25,4	24,0
13	Cuando estoy enfermo me recupero o mejoro con facilidad	46,9	24,9	24,3	4,0
14	Me duermo fácilmente	35,6	16,1	28,2	20,1
15	Tengo esperanza en el futuro	54,0	15,3	23,4	7,3
16	Siento que tengo el control de mi vida	52,8	21,2	22,6	3,4
17	Me gusta mi aspecto	57,6	19,5	15,5	7,3
18	Me siento bien con las decisiones que tomo	46,6	29,7	21,5	2,3
19	Estoy satisfecho con mi capacidad para resolver problemas	48,9	25,7	24,0	1,4
20	Busco atención inmediata cuando hay cambios en mi salud	52,3	20,6	22,0	5,1
21	Soy capaz de adaptarme a los cambios en mi vida	54,2	27,7	16,1	2,0
22	Me hago un examen anual de salud	64,1	11,0	14,7	10,2
23	Soy capaz de seguir las recomendaciones de mi enfermera o médico	65,8	22,9	9,9	1,4
24	Uso el cinturón de seguridad	94,6	3,1	1,1	1,1
25	Evito el sol o uso protección solar	61,9	17,8	13,6	6,8
26	Tengo una salud excelente	21,5	35,3	31,1	12,1
27	Estoy feliz con mi vida	53,1	21,5	19,5	5,9
28	Puedo oír con claridad	66,4	17,5	14,4	1,7
29	Puedo concentrarme por un largo período de tiempo	36,2	24,9	30,8	8,2





30	Puedo aprender nueva información con facilidad	36,4	27,7	31,4	4,5
31	Las elecciones que tomo acerca de mi vida concuerdan con mis principios o valores	56,2	28,5	13,0	2,3
32	Tomo cinco o seis porciones de frutas y verduras al día	32,2	16,9	37,3	13,6
33	Tomo de seis a ocho vasos de agua al día	38,1	16,4	26,3	19,2
34	Estoy satisfecho con lo que hago en el trabajo	62,4	19,2	15,5	2,8
35	Me siento bien con el papel que desempeño en mi familia	66,4	18,1	14,1	1,4
36	Estoy satisfecho con mi vida social (familia, amigos...)	65,8	18,1	13,3	2,8
37	Me siento cómodo expresando mis sentimientos y emociones	48,9	21,8	24,0	5,4
38	Siento que puedo comunicarme fácilmente con los demás	61,6	20,1	15,5	2,8
39	Habitualmente hago cosas para relajarme	25,1	22,9	31,4	20,6
40	Considero que estoy sano	33,6	24,9	27,7	13,8
41	Es una carga para mí participar en actividades de cuidado de los miembros de mi familia	5,9	2,5	18,4	73,2
42	Tengo dolores que me impiden realizar mis actividades diarias	14,1	13,6	35,3	37,0
43	Siento estrés, tensión o presión	11,6	14,4	43,8	30,2
44	Tengo dificultades para orinar	1,7	2,3	10,7	85,3
45	Tengo problemas para defecar	3,1	4,5	20,6	71,8
46	Cuando tomo alcohol, vino o cerveza, me siento culpable	2,5	1,1	10,7	85,6
47	Consumo drogas	0,3	0,6	2,8	96,3
48	Fumo cigarrillos	11,0	4,8	6,8	77,4
49	Tengo dificultades con mi visión	13,0	20,6	37,3	29,1
50	Mi capacidad física limita mis actividades diarias	8,8	11,3	25,1	54,8
51	Tengo dificultad para controlar mi ira o rabia	8,2	9,0	36,7	46,0
52	Tengo molestias físicas al caminar	13,0	11,6	31,9	43,5
53	Me preocupo mucho	39,5	16,9	32,8	10,7
54	Me siento en riesgo de sufrir algún daño físico	15,5	5,4	28,8	50,3
55	Experimento malestar físico cuando estoy bajo estrés	17,8	14,4	32,5	35,3
56	Tengo problemas familiares que me resultan difíciles de manejar	11,3	8,5	26,8	53,4
57	Temo por mi seguridad	15,3	6,2	17,5	61,0

TABLA 4. DISTRIBUCIÓN DE PUNTUACIONES Y RESULTADOS DE LAS PRUEBAS DE FIABILIDAD: CONSISTENCIA INTERNA Y ESTABILIDAD TEST-RETEST

ÍTEM DE LA ESCALA FHPAST ADAPTADA AL ESPAÑOL	DISTRIBUCIÓN DE PUNTUACIONES (N=354)				CONSISTENCIA INTERNA (N=354)				FIABILIDAD TEST-RETEST (N=300)				
	Media	DE	CORRELACIÓN ÍTEM-TOTAL	GRADO DE CORRELACIÓN	α CRONBACH (ELIMINANDO EL ÍTEM)	DISFUNCIÓN	No DISFUNCIÓN	TOTALES	ÍNDICE K DE COHEN	GRADO DE CORRELACIÓN	VALOR P	CONCORDANCIA PRE-POST (%)	
												DISFUNCIÓN	No DISFUNCIÓN
1. Tengo suficiente energía para mis actividades de la vida diaria	1,87	0,896	0,585	Suficiente	0,908	21,7	59,3	81,0	0,558	Moderado	<0,001		
2. Hago ejercicio al menos 20 minutos tres veces o más a la semana	2,13	1,162	0,363	Débil	0,911	31,7	47,3	79,0	0,569	Moderado	<0,001		
3. Me siento descansado cuando despierto	2,23	1,068	0,409	Suficiente	0,910	31,3	46,0	77,3	0,537	Moderado	<0,001		
4. Me siento bien conmigo mismo	1,70	0,909	0,686	Moderado	0,907	17,0	68,0	85,0	0,596	Moderado	<0,001		
5. Puedo hacer frente al estrés en mi vida	1,83	0,922	0,641	Moderado	0,908	18,7	59,3	78,0	0,474	Moderado	<0,001		
6. Tengo a alguien con quien puedo hablar cuando necesito ayuda o apoyo	1,51	0,888	0,362	Débil	0,910	10,3	77,3	87,6	0,552	Moderado	<0,001		
7. Las prácticas religiosas o espirituales dan significado a mi vida	2,57	1,261	0,146	Débil	0,913	48,7	34,0	82,7	0,646	Bueno	<0,001		
8. Me siento a gusto con mi orientación y/o práctica sexual	1,45	0,893	0,311	Débil	0,911	12,0	76,3	88,3	0,603	Bueno	<0,001		
9. Mi salud es importante para mí	1,20	0,536	0,386	Débil	0,911	3,3	91,7	95,0	0,545	Moderado	<0,001		
10. Soy capaz de hacer cambios en mis hábitos de vida para mejorar mi salud	1,73	0,868	0,488	Suficiente	0,909	11,7	67,7	79,7	0,398	Bajo	<0,001		





11. Límite mi consumo diario de grasas	1,96	0,945	0,177	Débil	0,912	21,7	58,3	80,0	0,540	Moderado	<0,001
12. Me siento a gusto con mi peso	2,35	1,192	0,321	Débil	0,911	39,3	41,7	81,0	0,620	Bueno	<0,001
13. Cuando estoy enfermo me recupero o mejor con facilidad	1,84	0,921	0,445	Suficiente	0,910	18,0	62,7	80,7	0,517	Moderado	<0,001
14. Me duermo fácilmente	2,29	1,158	0,474	Suficiente	0,909	39,3	45,3	84,6	0,692	Bueno	<0,001
15. Tengo esperanza en el futuro	1,82	1,019	0,551	Suficiente	0,909	22,0	60,0	82,0	0,579	Moderado	<0,001
16. Siento que tengo el control de mi vida	1,74	0,901	0,580	Suficiente	0,908	17,0	64,7	81,7	0,526	Moderado	<0,001
17. Me gusta mi aspecto	1,68	0,953	0,557	Suficiente	0,909	16,0	70,0	86,0	0,605	Bueno	<0,001
18. Me siento bien con las decisiones que tomo	1,77	0,850	0,586	Suficiente	0,909	12,0	68,3	80,3	0,424	Moderado	<0,001
19. Estoy satisfecho con mi capacidad para resolver problemas	1,76	0,852	0,603	Moderado	0,908	16,3	65,0	81,3	0,511	Moderado	<0,001
20. Busco atención inmediata cuando hay cambios en mi salud	1,78	0,943	0,366	Débil	0,910	25,0	64,7	89,7	0,493	Moderado	<0,001
21. Soy capaz de adaptarme a los cambios en mi vida	1,64	0,809	0,499	Suficiente	0,909	9,0	70,3	79,3	0,341	Bajo	<0,001
22. Me hago un examen anual de salud	1,70	1,046	0,172	Débil	0,912	18,0	71,7	89,7	0,710	Bueno	<0,001
23. Soy capaz de seguir las recomendaciones de mi enfermera o médico	1,45	0,719	0,380	Débil	0,910	4,0	83,3	87,3	0,317	Bajo	<0,001
24. Uso el cinturón de seguridad	1,08	0,393	0,053	Sin correlación	0,912	0,3	98,0	98,3	0,277	Bajo	<0,001
25. Evito el sol o uso protección solar	1,62	0,939	0,124	Débil	0,913	12,0	72,0	84,0	0,500	Moderado	<0,001
26. Tengo una salud excelente	2,30	0,940	0,618	Moderado	0,908	35,0	47,3	82,3	0,642	Bueno	0,001
27. Estoy feliz con mi vida	1,73	0,933	0,705	Moderado	0,907	20,3	70,3	90,6	0,751	Bueno	<0,001
28. Puedo oír con claridad	1,49	0,776	0,185	Débil	0,912	11,0	74,7	85,7	0,519	Moderado	<0,001
29. Puedo concentrarme por un largo período de tiempo	2,09	0,997	0,531	Suficiente	0,909	24,0	51,3	75,3	0,468	Moderado	<0,001

30. Puedo aprender nueva información con facilidad	2,03	0,935	0,350	Débil	0,911	23,3	50,7	74,0	0,438	Moderado	<0,001
31. Las elecciones que tomo acerca de mi vida concuerdan con mis principios o valores	1,60	0,789	0,452	Suficiente	0,910	8,7	76,3	85,0	0,447	Moderado	<0,001
32. Tomo cinco o seis porciones de frutas y verduras al día	2,28	1,053	0,272	Débil	0,911	39,0	41,3	80,3	0,607	Bueno	<0,001
33. Tomo de seis a ocho vasos de agua al día	2,26	1,149	0,174	Débil	0,913	35,3	48,3	83,6	0,668	Bueno	<0,001
34. Estoy satisfecho con lo que hago en el trabajo	1,56	0,841	0,548	Suficiente	0,909	13,0	75,3	88,3	0,618	Bueno	<0,001
35. Me siento bien con el papel que desempeño en mi familia	1,48	0,772	0,529	Suficiente	0,909	11,0	78,7	89,7	0,620	Bueno	<0,001
36. Estoy satisfecho con mi vida social (familia, amigos...)	1,52	0,825	0,604	Moderado	0,908	11,0	77,3	88,3	0,584	Moderado	<0,001
37. Me siento cómodo expresando mis sentimientos y emociones	1,85	0,962	0,481	Suficiente	0,909	19,0	59,7	78,7	0,489	Moderado	<0,001
38. Siento que puedo comunicarme fácilmente con los demás	1,59	0,848	0,494	Suficiente	0,909	9,0	72,3	81,3	0,378	Bajo	<0,001
39. Habitualmente hago cosas para relajarme	2,46	1,095	0,249	Débil	0,912	38,7	32,3	71,0	0,419	Moderado	<0,001
40. Considero que estoy sano	2,16	1,051	0,531	Suficiente	0,909	32,3	49,3	81,6	0,645	Bueno	<0,001
41. Es una carga para mí participar en actividades de cuidado de los miembros de mi familia	1,41	0,813	0,151	Débil	0,912	2,7	81,7	84,4	0,174	Insignificante	0,002
42. Tengo dolores que me impiden realizar mis actividades diarias	2,03	1,038	0,368	Débil	0,910	18,3	64,3	82,6	0,560	Moderado	<0,001
43. Siento estrés, tensión o presión	2,05	0,957	0,552		0,909	16,0	66,3	82,3	0,527	Moderado	<0,001
44. Tengo dificultades para orinar	1,21	0,565	0,170	Débil	0,912	1,3	92,0	93,3	0,251	Bajo	<0,001
45. Tengo problemas para defecar	1,37	0,696	0,208	Débil	0,912	4,0	90,3	94,3	0,555	Moderado	<0,001





46. Cuando tomo alcohol, vino o cerveza, me siento culpable	1,20	0,567	0,121	Débil	0,912	1,3	95,3	96,6	0,427	Moderado	<0,001
47. Consumo drogas	1,04	0,269	0,102	Débil	0,912	0,3	99,0	99,3	0,497	Moderado	<0,001
48. Fumo cigarrillos	1,47	0,992	0,186	Débil	0,912	13,7	84,0	97,7	0,908	Muy bueno	<0,001
49. Tengo dificultades con mi visión	2,16	0,989	0,042	Sin correlación	0,914	18,3	59,0	77,3	0,462	Moderado	<0,001
50. Mi capacidad física limita mis actividades diarias	1,72	0,965	0,372	Débil	0,910	13,3	70,7	84,0	0,524	Moderado	<0,001
51. Tengo dificultad para controlar mi ira o rabia	1,80	0,923	0,254	Débil	0,911	7,7	75,3	83,0	0,374	Bajo	<0,001
52. Tengo molestias físicas al caminar	1,93	1,033	0,261	Débil	0,911	20,0	67,7	87,7	0,681	Bueno	<0,001
53. Me preocupo mucho	2,83	1,062	0,272	Débil	0,911	43,0	33,3	76,3	0,523	Moderado	<0,001
54. Me siento en riesgo de sufrir algún daño físico	1,84	1,067	0,337	Débil	0,911	13,3	70,3	83,6	0,516	Moderado	<0,001
55. Experimento malestar físico cuando estoy bajo estrés	2,10	1,078	0,530	Suficiente	0,909	18,7	59,7	78,4	0,480	Moderado	<0,001
56. Tengo problemas familiares que me resultan difíciles de manejar	1,75	0,995	0,399	Débil	0,910	9,7	74,3	84,0	0,450	Moderado	<0,001
57. Temo por mi seguridad	1,74	1,106	0,205	Débil	0,912	11,0	70,3	81,3	0,424	Moderado	<0,001
Instrumento completo (rango entre 57 y 228)	102,75	21,812	-	-	0,916						

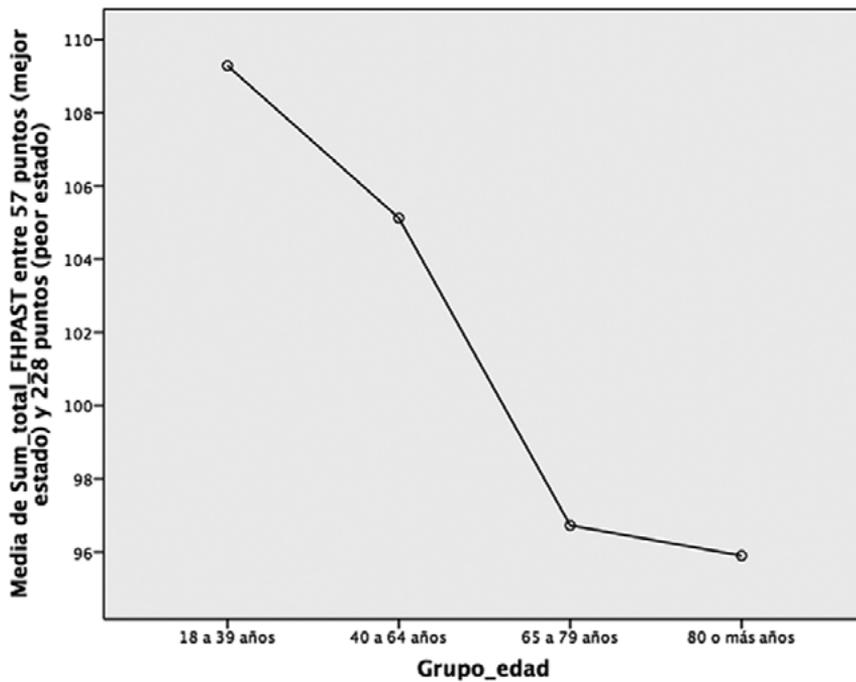


Imagen 1. Gráfico de las medias de puntuación FHPAST según grupos de edad (n=354).



LA VIDEOCONSULTA, HACIA UNA EXPERIENCIA DE TELECUIDADOS POR PARTE DE LAS ENFERMERAS DE ATENCIÓN PRIMARIA

Janet Núñez Marrero*

RESUMEN

Las enfermeras no deben ser ajenas a la implantación de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación. La pandemia por coronavirus SARS-CoV-2 ha generado un escenario en el que el contacto presencial con el paciente se ha sustituido en algunos espacios asistenciales por el telecuidado a través de diferentes herramientas telemáticas. La experiencia sanitaria en el uso de la videoconsulta es muy diversa y de notable actualidad. Conocer datos cuya evidencia científica esté relacionada con la mejora de la atención al usuario favorece valorar a la enfermería como un nexo de unión entre el receptor de cuidados y su entorno e-salud. El abordaje del problema de salud en el medio virtual requiere de la adquisición de competencias digitales y competencias relacionadas con la ciberseguridad.

PALABRAS CLAVE: telecuidado, videoconsulta, Atención Primaria, enfermeras, ciberseguridad, competencias digitales.

THE VIDEO-CONSULTATION, TOWARDS A TELECARE EXPERIENCE BY PRIMARY CARE NURSES

ABSTRACT

Nurses should not be oblivious to the implementation of new information and communication technologies. The SARS-CoV-2 coronavirus pandemic has generated a scenario in which face-to-face contact with the patient has been replaced by remote care through telematics tools. The health experience in the use of video consultation is very diverse and highly topical. Knowing data whose scientific evidence is related to the improvement of user care favors valuing nursing as a link between the user and their health environment. Addressing the health problem in the virtual environment requires the acquisition of digital skills and knowledge of cybersecurity, notions related to informed consent addressed to the patient.

KEYWORDS: telecare, video-consultation, Primary Care, nurses, cybersecurity, digital skills.



INTRODUCCIÓN

En este artículo se aborda la videoconsulta como recurso de utilidad para los profesionales de Atención Primaria, especialmente para las enfermeras, en el contexto de pandemia por coronavirus, el cual ha forzado a los equipos de los centros de salud a modificar los métodos de comunicación con los pacientes. Conocer el funcionamiento de esta herramienta en otros países permite crear un DAFO en el que las debilidades, fortalezas, oportunidades y amenazas identificadas sirvan para crear un sistema seguro de encuentro virtual con competencias digitales adquiridas.

¿CÓMO SURGE LA NECESIDAD DE UTILIZAR LA VIDEOCONSULTA?

La pandemia por el coronavirus SARS-CoV-2 ha provocado un cambio en la forma de comunicarse los seres humanos. En el ámbito de la salud el uso de herramientas tecnológicas que faciliten el contacto no presencial entre los sanitarios y los pacientes se ha evidenciado y se ha aceptado como un nuevo acto asistencial (Fernández, 2016).

Son diversos los motivos de consulta candidatos a ser valorados a través de los telecuidados enfermeros. Este aspecto genera diferentes necesidades en las organizaciones de naturaleza sanitaria, entre las que destacan la formación de los profesionales y los pacientes, la dotación de recursos materiales y la investigación de los diferentes modelos de actuación sanitaria en diversos países mediante herramientas informáticas.

La era digital actual ha condicionado que utilicemos aplicaciones para comunicarnos entre la familia, los amigos, las organizaciones gubernamentales, la oficina bancaria e, incluso, el supermercado o un establecimiento comercial, capaz de proveer productos a los clientes a través de una herramienta creada a tal fin, y evitando así desplazamientos innecesarios para mejorar, entre otros aspectos, la gestión del tiempo.

Las necesidades de cuidados de la población identificadas por las enfermeras comunitarias han cambiado. El paciente maneja recursos en internet relacionados con sus problemas de salud y conoce qué estrategias debe aplicar para mejorar y gestionar su autocuidado. Este aspecto genera una realidad en los profesionales y es que se debe dirigir hacia campos específicos y especializados característicos de la prevención en el medio de la Atención Primaria. Se debe contar con el uso y la

* Enfermera. Licenciada en Pedagogía. Área de Formación, Investigación, Innovación e Implantación de Buenas Prácticas en Cuidados para la Salud. Centro de Atención Primaria Laguna-Universidad. Gerencia de Atención Primaria de Tenerife. Servicio Canario de la Salud. Correo electrónico: jnunmar@gmail.com. Dirección de contacto para correspondencia: Av. Trinidad, 50, 38204. San Cristóbal de La Laguna, Santa Cruz de Tenerife. Correo electrónico de contacto principal: janetnunmar@gmail.com.

aplicabilidad de recomendaciones basadas en la evidencia científica, localizadas en innumerables repositorios de excelente calidad en la red. Por otro lado, es necesario desarrollar y adquirir la destreza para poder analizar la información y evaluar sus características, al objeto de abordar el conocimiento presente en el paciente y guiarlo ante su proceso de enseñanza-aprendizaje.

Las brechas digitales individuales y colectivas se debilitan con la aparición de diferentes medios de comunicación en red. Cada día son más los usuarios que utilizan las redes sociales como forma de contacto con otras personas y como mecanismo de satisfacción de necesidades de diferente naturaleza.

Un dato relevante identificado es que el uso de herramientas de chat ha aumentado significativamente en los últimos años. No es algo que están utilizando solo las personas más jóvenes (Fernández, 2016).

Las expectativas de los canales de comunicación han variado también para las generaciones mayores. Hay páginas oficiales que muestran estos datos como puede ser epdata: usuarios de redes sociales en España.

Por tanto, no se puede obviar que el telecuidado en este momento es de suma importancia para su inclusión como oferta de servicios en las diferentes empresas digitales de salud, públicas y privadas. La comunicación en todas sus modalidades es un bien que enriquece a las organizaciones e implicar a los profesionales a través de herramientas para organizar una videollamada es clave para acceder a un nuevo medio de recepción de información formal e informal.

EL TELECUIDADO Y LA VIDEOCONSULTA EN ATENCIÓN PRIMARIA

¿Están las enfermeras preparadas para abordar la teleconsulta como método de comunicación e interacción con el paciente?

La respuesta no es efímera, ni real en estos momentos. En el marco de la Atención Primaria se ha comenzado a trabajar, en diferentes lugares, en el desarrollo de proyectos dirigidos a la implantación de la videoconsulta para los sanitarios (Combarro, 2020).

El seguimiento de los procesos de enfermedad por covid-19 en cada paciente y la función docente a desempeñar a través del uso del teléfono ya pueden generar datos y evidencias de que este recurso se ha integrado en la atención no presencial dirigida al beneficiario de cuidados en este territorio. Es una forma más de acceso al cuidado de modo no presencial.

Los equipos directivos han apostado por la implantación de la videoconsulta creando, a través de profesionales preparados en la materia, formación específica dirigida a categorías profesionales de enfermería y medicina, entre otras. Además, se han aumentado los presupuestos destinados a la dotación de *hardware* y *software* específicos para poder programar videoconsultas en el medio de la atención rural y urbana, valorándose las debilidades y las fortalezas de estos proyectos pioneros.

El desarrollo de la experiencia virtual comienza en una serie de centros sanitarios, aquéllos que cumplen las condiciones idóneas. Aunque, hoy día, los datos



quizás no reflejen aún una imagen optimista, el equipo que desarrolla este proyecto mantiene la esperanza y el convencimiento de que el proyecto dará su fruto, y uno de los aspectos centrales es la respuesta a la siguiente pregunta:

¿Por qué las enfermeras presentan reticencias en la práctica diaria de la videoconsulta?: educar a los ciudadanos sobre alfabetización y competencias digitales, y así servir como guías, asesores y facilitadores en el uso correcto de la tecnología digital, es un papel de novedosa actualidad y para el cual el principal obstáculo en su implantación es la deficiencia en competencias digitales en estos profesionales y los pacientes. Se suma a esta debilidad la falta de seguridad y de confidencialidad de los datos en el entorno digital, como uno de los aspectos a mejorar (Montero *et al.*, 2019).

Las competencias que debieran adquirir las enfermeras en el ámbito digital son diversas. El conocimiento del sistema telemático, los programas informáticos y las herramientas de naturaleza web deben ser contenidos didácticos a impartir en esta disciplina. Uno de los pilares fundamentales para la puesta en marcha del proceso de implantación es la formación. Para que esta función sea exitosa hay que tener en cuenta que las investigaciones cognitivas han demostrado que las personas aprenden de diversas formas, lo que hace necesaria la reflexión sobre las variables que influyen en la capacidad de aprender. Una de estas variables es el estilo de aprendizaje y hay que tener en cuenta que cada discente presenta uno distinto (Canalejas, 2005).

Ante una realidad social y tecnológica tan cambiante como la actual, los profesionales sanitarios tenemos la responsabilidad ineludible de capacitarnos digitalmente para mejorar nuestro desempeño profesional y así ofrecer una atención sanitaria de calidad y adaptada al nuevo paradigma digital. El proceso de transformación digital del sector salud depende principalmente de la competencia de sus profesionales. Solo a través del desarrollo de competencias digitales entre los profesionales sanitarios y de su evaluación se pueden diseñar las estrategias necesarias para reducir la brecha existente y acelerar la transición digital del sector salud. La sanidad y sus profesionales no debemos ser ajenos a esta transformación, ya que la salud digital es, además, una oportunidad para la mejora continua en áreas tan transversales de nuestra profesión como la gestión de información, la comunicación, la investigación, la innovación, la docencia o la publicación científica (Montero *et al.*, 2019).

COMPARATIVA RESPECTO AL USO DE LA VIDEOCONSULTA EN DOS SISTEMAS DE SALUD

¿CÓMO SE HA ABORDADO LA IMPLANTACIÓN DE LA VIDEOCONSULTA EN OTROS PAÍSES?

En Inglaterra, son diversos los estudios que analizan el impacto de los diferentes modos telemáticos de acceso a la atención integral e integrada de los pacientes y, entre ellos, destacan las publicaciones de Hammersley *et al.* (2019), titulada «Comparing the content and quality of video, telephone, and face-to-face consultations, a non-randomised, quasi-experimental, exploratory study in UK primary



CUADRO 1. IDEAS CLAVE DE DOS PUBLICACIONES SOBRE EL USO DE LA VIDEOCONSULTA EN ATENCIÓN PRIMARIA, INGLATERRA

HAMMERSLEY <i>ET AL.</i> (2019)	DONAGHY <i>ET AL.</i> (2019)
<p>Las tecnologías de la comunicación son fundamentales para la vida contemporánea.</p> <p>Hoy en día la llamada telefónica se ha convertido en una herramienta que sustituye la presencialidad de la atención clínica del paciente en el ambiente sanitario.</p> <p>Sin embargo, existen investigaciones que demuestran desventajas en el uso del teléfono ante otro tipo de herramientas comunicativas telemáticas como puede ser la videoconsulta.</p> <p>La videoconsulta no cubre todos los motivos de consulta. Se da una menor recopilación de datos en este medio.</p> <p>No es eficiente para casos con complicaciones.</p> <p>No es segura la atención por la ciberseguridad.</p> <p>En ocasiones no se ahorra tiempo y puede invertirse aún más tiempo en la gestión del cuidado del esperado.</p> <p>Puede darse la ausencia de un examen visual informal.</p> <p>La videoconsulta tiene el potencial para superar la barrera del examen visual, necesario en la llamada telefónica.</p> <p>Ejemplos de motivos de visita para el uso de videoconsulta: revisión de salud mental y evaluación de la técnica del inhalador, entre otros.</p> <p>Mejora el acceso del paciente y la eficiencia en la consulta.</p> <p>La atención sigue siendo breve, pero el profesional ve al paciente.</p> <p>Se están buscando herramientas seguras para que en los próximos 5 años se consiga implantar este medio como sistema de comunicación en el marco especializado y en el marco de la Atención Primaria en Inglaterra.</p>	<p>Se llega a las siguientes conclusiones:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. El paciente necesita tener un nivel de conocimiento tecnológico alto. 2. El medio utilizado para realizar las videoconsultas es caro. 3. Muy útil para pacientes en confinamiento. 4. La presencialidad sigue siendo la primera elección por parte de los pacientes. 5. Respecto a la consulta telefónica, la videollamada gana en calidad por la posibilidad de verse ambos participantes a través de la pantalla. 6. La videoconsulta es de sumo interés para los planificadores y especialistas de la salud. 7. Se necesitan más estudios de calidad sobre este tema.



care»; y la de Donaghy *et al.* (2019), titulada «Acceptability, benefits, and challenges of video consulting, a qualitative study in primary care».

Ambos artículos llegan a conclusiones enriquecedoras diferentes que se muestran en el cuadro 1.

Si analizamos los datos reflejados en el cuadro anterior, se podría llegar a la conclusión de que es muy difícil implantar la videoconsulta en la consulta de la enfermera. Lo cierto es que esta información sólo representa un mapa de situación que sirve de partida para dotar de seguridad a los gestores en el uso de esta herramienta.

Por otro lado, ¿qué características de la atención inglesa coinciden en el sistema sanitario español?, ¿se pueden comparar ambos modelos para que realmente sea un estudio aplicable en nuestro medio?: la Atención Primaria en Inglaterra tiene una estructura muy parecida a la española. Los centros de salud pertenecen a un área de salud que a su vez corresponde a una región sanitaria. En el Reino Unido también encontramos la división territorial que existe en España, aunque el número de regiones se reduce a tres: Gales, Escocia e Inglaterra. Las desigualdades en el acceso a los distintos servicios y la diferente financiación de tratamientos entre las regiones han generado problemas de desigualdades parecidos a los que existen en España.

El punto fuerte de la Atención Primaria en el Reino Unido es que la composición de los centros de salud no está determinada por el Estado. Los médicos se asocian entre ellos y conforman su equipo. ¿Qué significa esto? Pues que dependiendo de los servicios sanitarios que quieran proveer a la población, los médicos de Atención Primaria contratan al personal de enfermería, administrativos, terapeutas y matronas, entre otros. La ventaja que ofrece esta selección de personal es que responde a las necesidades poblacionales, generalmente, y aumenta la eficiencia del trabajo en equipo (Sagrado, 2015). Un aspecto muy interesante, relacionado con el telecuidado británico, es que desde el año 2008 existe un servicio de consulta telefónica a cargo de un equipo especialmente capacitado de gestores de la información y profesionales de la salud, incluidas las enfermeras. El servicio en un inicio estaba equipado para atender una gran variedad de consultas de salud, desde consultas sintomáticas que requieren evaluación y tratamiento hasta solicitudes de servicios locales de salud y consejos de vida saludable. Este sistema de atención telemática ofrece páginas web de referencia con posibilidades de interactuar con el personal sanitario a través de herramientas como un chat.

Actualmente, en el año 2022, y partiendo de los datos analizados en la literatura existente, se puede expresar que el uso de la telesalud en el Reino Unido no se ha desarrollado al ritmo y escala previstos por la política. Muchos estudios existentes informan que la aceptación del personal de primera línea es una barrera clave. Sin embargo, los datos son limitados y hay poca evidencia sobre la adopción de la videoconsulta en la práctica habitual de las enfermeras inglesas (Taylor, 2015).

Es interesante reflejar que al valorar la realidad del medio español frente al de Inglaterra, se podría concluir que este proyecto presenta debilidades que deben estudiarse para su mejora. Ambos sistemas sanitarios son públicos y no utilizan financiación privada en su gestión.

ANÁLISIS DE LA EFECTIVIDAD DE UN SISTEMA DE VIDEOCONSULTA: EL CASO DE COREA DEL SUR

En el artículo de Hyunsook *et al.* (2021) titulado «Developing the first Telenursing Service for covid-19 Patients: The Experience of South Korea» se describe el establecimiento de un servicio de teleenfermería para pacientes infectados por covid-19 con síntomas leves o sin síntomas en Corea del Sur. Se muestra la descripción de un servicio de videoconsulta integrado en el telecuidado de un modelo privado de gestión. Este estudio tuvo como objetivo examinar el proceso de establecimiento de un servicio de teleenfermería para pacientes con covid-19 con síntomas leves o sin síntomas admitidos en un centro de tratamiento comunitario. Se revisó el proceso de establecimiento y se investigó el grado de satisfacción con el producto ofrecido a partir de las historias clínicas cumplimentadas por los pacientes. Participaron un total de 113 pacientes. Los propios pacientes presentaban los signos vitales y síntomas de infección por covid-19 automejorados en los cuestionarios electrónicos y la aplicación móvil. Las enfermeras implementaron la disciplina a distancia en función de los datos de entrada de los pacientes. Los materiales educativos, incluido el



vídeo para la automedición de los signos vitales y los estilos de vida, se prepararon y organizaron con anticipación. Se utilizó y aplicó el protocolo de teleenfermería en todo el proceso desde el ingreso hasta el alta de los pacientes. Las puntuaciones de satisfacción y conveniencia del servicio de asesoramiento no presencial fueron de 4,65 puntos y 4,62 puntos, respectivamente, sobre 5 puntos.

El servicio de recomendaciones de enfermería sin presencialidad jugó un papel importante en el seguimiento de las condiciones clínicas de los pacientes durante la propagación de covid-19. Esta experiencia de establecer servicios de teleenfermería brinda una dirección clara para innovar la atención enfermera en futuras pandemias.

Esta metodología muestra que el telecuidado es posible y que son ya muchos los servicios en el que se incluye. Corea del Sur, con un sistema de seguro nacional que data de 1977, ha demostrado ser uno de los países que mejor han manejado la pandemia causada por el covid-19. Es cierto que sus políticas sanitarias han avanzado de forma muy diferente a las encontradas en Europa. Sin embargo, ha sido interesante detectar cómo en este país no se ha contado con un período de confinamiento similar al experimentado en Francia y España. Se podría concluir con que el hecho de que ya cuenten con experiencias relacionadas con el tratamiento de enfermedades infecciosas poblacionales, como el MERS surgido en 2015, provocó que se detectaran necesidades de aplicación de medidas de contención de los virus eficaces y con un alto poder de comunicación.

DIFICULTADES EN LA IMPLANTACIÓN DE LA VIDEOCONSULTA EN ATENCIÓN PRIMARIA. ASPECTOS LEGALES

La experiencia local en España no muestra aún datos objetivos ni mucho menos concluyentes (Núñez *et al.*, 2021).

Las barreras presentes en la adquisición de destrezas por parte de los profesionales y el desconocimiento en el uso de las herramientas telemáticas en los pacientes hacen que este tipo de proyectos constituyan un gran reto para todos los agentes de salud. Contar con formación específica, establecer mecanismos de difusión de material educativo para el paciente, evaluar el funcionamiento de las herramientas destinadas a la comunicación virtual o crear un marco legal que avale las intervenciones en salud digital son puntos clave en el desarrollo de este proyecto.

Los denominados «nativos digitales» buscan obtener servicios sanitarios no presenciales. Las nuevas generaciones, acostumbradas al uso de tecnología diversa, buscan que se mejore la accesibilidad, la eficiencia y la innovación, así como conocer las opciones de análisis de los datos obtenidos. Es por ello por lo que queda patente que el telecuidado y, dentro de éste, la videoconsulta aparecerán en algún momento en el escenario sanitario para quedarse.

Otro de los puntos a tratar en este artículo por su relevancia y porque, además, se detecta como debilidad dentro de la organización sanitaria es la seguridad de la información, valorada ésta como un conjunto de medidas (administrativas, organizativas, físicas, técnicas, legales y educativas) dirigidas a proteger dicha infor-



mación frente al acceso, uso, divulgación, alteración, modificación o destrucción no autorizados.

Las medidas que se tomen en relación con la seguridad de la información deben garantizar:

1. Confidencialidad: la información debe ser accesible solo para aquellos usuarios autorizados.
2. Integridad: la información ha de ser exacta y no debe ser modificada de manera no autorizada. Una modificación no autorizada de datos clínicos puede repercutir gravemente en la salud del paciente.
3. Disponibilidad: debe poderse acceder a la información por parte de los usuarios autorizados en el momento en que se requiera. Este punto tiene especial relevancia en casos de urgencias.

Estos tres principios ante el uso de los medios telemáticos para llevar a cabo una consulta sanitaria siempre se realizarán cuando exista voluntad y consentimiento del paciente a llevar a cabo la consulta mediante esta modalidad. Siempre, ante el uso de la teleconsulta, la enfermera debe asegurarse de que el paciente podrá utilizar los medios de comunicación necesarios. Esto tiene especial relevancia en los casos en que el telecuidado deba practicarse por fuerza mayor, como durante la pandemia por coronavirus actual. En los supuestos en que el uso de la teleconsulta se realice mediante una plataforma a tal efecto y se publicite en ese sentido, se sobreentiende que el paciente que accede a este servicio está expresando su voluntad de recibir un servicio telemático y que dispone de los medios necesarios para que éste pueda realizarse.

La enfermera ha de tener en cuenta que si, durante el ejercicio de telecuidados, requiere un uso de ciertas tecnologías por parte de los pacientes que resulten inaccesibles en algunos casos, se estaría favoreciendo un acceso desigual a la salud en función de la capacidad económica del paciente, haciendo más grande la brecha en salud entre ricos y pobres. Este aspecto abre campo para un nuevo estudio: la equidad y acceso a la salud.

En referencia al consentimiento informado tal como recoge la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, toda actuación en el ámbito de la salud de un paciente necesita el consentimiento libre y voluntario del afectado, una vez que, recibida toda la información requerida por esta misma ley, haya valorado las opciones propias del caso. La información facilitada deberá comprender, como mínimo, la finalidad y la naturaleza de cada intervención, sus riesgos y sus consecuencias. Esta información deberá ser comunicada de forma comprensible y adecuada a sus necesidades y le ayudará a tomar decisiones de acuerdo con su propia y libre voluntad. El consentimiento informado será verbal por regla general, salvo en los casos en que se realice intervención quirúrgica, procedimientos diagnósticos y terapéuticos invasores y, en general, aplicación de procedimientos que suponen riesgos o inconvenientes de notoria y previsible repercusión negativa sobre la salud del paciente.

No obstante, el consentimiento en telecuidados debe contener el consentimiento para el tratamiento de los datos personales del paciente. El responsable debe facilitar el acceso a la información y debe acreditar que se ha cumplido el ejercicio de este derecho. Por tanto, para demostrar que se ha obtenido el consentimiento del tratamiento de los datos personales del paciente, que debe ser expreso, es necesario que este consentimiento informado se realice de manera escrita. Aunque lo recomendable por su practicidad es realizar el consentimiento informado en dos partes: una escrita, donde se recabe el consentimiento al tratamiento de los datos y se expliquen las características y riesgos generales del telecuidado, y uno oral, una vez establecida la conexión con el paciente, donde se informe de las características particulares del acto enfermero que se vaya a realizar.

Como resumen, hay que tener clara la diferencia entre consentimiento en materia de protección de datos, que únicamente hace referencia al tratamiento de datos personales que se va a realizar, y el consentimiento informado, que hace referencia a la realización de un acto enfermero. En el caso de los telecuidados, el consentimiento informado debe incluir el tratamiento de datos (Cazurro V., 2020).

La ética y el código deontológico enfermero son aspectos clave a tratar e introducir en el tratamiento de datos en herramientas de comunicación virtual. Identificar los riesgos de la ciberseguridad será una medida eficaz y efectiva a implementar en programas de formación dirigidos a las enfermeras y en la propia Ley de Autonomía del paciente.

CONCLUSIONES

Los escasos estudios publicados en esta materia demuestran que es necesario que las organizaciones sanitarias inviertan más en el concepto e-salud y en la implantación de la videoconsulta como herramienta dentro del telecuidado. El medio privado de asistencia en salud cuenta con la videoconsulta como un modo de acceso consolidado para el paciente. Son numerosos los seguros de atención sanitaria que la utilizan de forma segura y serán ellos los primeros en publicar resultados, con seguridad. En el marco de la Atención Primaria española no existen suficientes datos objetivos para evaluar la efectividad de la videoconsulta. En general, son pocos los países que desarrollan este medio de acceso para el paciente en los que la dotación de recursos sea de origen público. Se plantean así nuevas necesidades en las que el tratamiento de datos de carácter personal vía telemática deba ser satisfecho a través de programas de encriptado y manejo legal de la información para defender al paciente y proteger al profesional. La brecha digital está presente en la comunidad sanitaria y su existencia puede favorecer la desigualdad en el acceso a los recursos disponibles en materia de salud.

La realidad de la Atención Primaria y la población a la que se dirigen los cuidados es diversa. Hoy en día, se cuenta con los nativos digitales. No se puede obviar la necesidad de resolver problemas de salud y necesidades de cuidados a través de herramientas telemáticas. Es preciso ahorrar costes en los permisos horarios facilitados a los trabajadores para asistir a las citas con los profesionales sanitarios, redu-



cir las barreras geográficas en determinados lugares en la atención sanitaria rural, resolver necesidades de cuidados en los que no se requiera un examen físico visual presencial y, sobre todo, aplicar estrategias de educación para la salud en grupos de población, representando todo ello una expresión básica para comprender la pertinencia del uso de la videoconsulta por parte de las enfermeras.

Los planes de estudio de las disciplinas en ciencias de la salud deberían incluir asignaturas de naturaleza digital en las que el manejo de aplicaciones de comunicación en red, el conocimiento de gestión de la entrevista virtual y las nociones sobre ciberseguridad fuesen temas a tratar durante un curso y/o la propia asignatura. Se puede decir que actualmente hablamos de telecuidado y videoconsulta pero que posiblemente en menos de diez años hablaremos únicamente de cuidados y consultas como métodos de interacción.

RECIBIDO: 10-12-2021; ACEPTADO: 15-1-2022



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALCOBA, O. (2020). Estudio sobre la consulta de salud virtual y sus beneficios para el sistema sanitario. Disponible en https://itemsweb.esade.edu/wi/Prensa/EsadeCreapolis_BHH_Estudio-Salud.pdf.
- CAZURRO, V. (2020). Antecedentes y fundamentos del Derecho a la protección de datos. Disponible en https://www.edisofer.com/attachments/download/file/id/928/antecedentes_y_fundamentos_del_derecho_a_la_proteccion_de_datos._primeras_paginas.pdf.
- COMBARRO, J. (2020). Video-consultas en Atención Primaria. Con Covid y sin Covid. Disponible en https://revista.agamfec.com/wp-content/uploads/2021/01/Agamfec_26_3-Para-saber-mais-Videoconsulta.pdf.
- DONAGHY, E., ATHERTON, H., HAMMERSLEY, V., HANNAH, M., BIKKER, A., ROBBINS, L., CAMPBELL, J. y MCKINSTRY, B. (2019). Acceptability, benefits, and challenges of video consulting: a qualitative study in primary care. *La revista británica de práctica general: la revista del Royal College of General Practitioners*. Doi: 10.3399/bjgp19X704141.
- DUARTE, V., COSTA, I.A., MAZZO, A. y GODOY, S. (2016). Application of telenursing in nursing practice: an integrative literature review. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26856523/>.
- GREENHALGH, T. (2020). Guidance video-consultations in primary care during the COVID crisis. *BMJ: Revista médica británica / Asociación Médica Británica*. Doi: 10.1136/bmj.m998.
- GUÍA DEL REGLAMENTO GENERAL DE PROTECCIÓN DE DATOS PARA RESPONSABLES DEL TRATAMIENTO. Agencia Española de Protección de Datos. (2018). Disponible en <https://www.aepd.es/es/documento/guia-rgpdpara-responsables-de-tratamiento.pdf-0>.
- HYUNSOOK, H., LEE, K. y JUNG, E. (2021). Developing the First Telenursing Service for COVID-19 Patients: The Experience of South Korea. *J. Environ. Res*. Doi: org/10.3390/ijerph18136885.
- JIMENEZ, D., TORRES, M., PLAZA DEL PINO, F.J. y ARROGANTE, O. (2020). Simulated Nursing Video Consultations: An Innovative Proposal During Covid-19 Confinement. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32837633/>.
- MITCHELL, M. y KAN, L. (2019). Digital Technology and the Future of Health Systems. *Health Syst Reform*. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30908111/>.
- NÚÑEZ, J., BRITO, R., FERNÁNDEZ, D.A., SÁEZ, M.J., MARTÍNEZ, A., GALDONA, I., GARCÍA, M.M. y ÁLVAREZ, M.R. (2021). «La video-consulta en atención primaria de salud: una experiencia de implantación». *Revista: ENE*, volumen 15, n.º 2.
- SÁNCHEZ-SAGRADO, T. (2015). La atención primaria en el Reino Unido. *Science Direct*. Doi: org/10.1016/j.semerg.2015.07.013.



CAMBIOS EN LA VIDA DE LAS PERSONAS TRAS EL DIAGNÓSTICO DE TRASTORNO MENTAL: SIGNIFICADO E IMPACTO

Eva Lourdes Díaz Hernández*

RESUMEN

Objetivo: conocer el significado del diagnóstico del trastorno mental y el impacto en sus vidas, además de valorar si la presencia de cualquier enfermedad es un indicador de infelicidad. *Metodología:* estudio cualitativo fenomenológico, con muestreo por conveniencia e intencional, a un grupo focal y 16 entrevistas individuales, grabadas en audio, transcritas verbatim, codificadas y analizadas en el programa N-vivo. *Resultados:* la enfermedad física y mental puede producir infelicidad, si bien a veces no es causa de infelicidad. El significado de la enfermedad para algunos no supuso nada y para otros cambios importantes en sus vidas. *Conclusiones:* la enfermedad provoca cambios en la vida de las personas, no solo los esperados, como pueden ser las rupturas, pérdidas laborales, el estigma, etc., sino, además, cambios positivos, tales como el crecimiento personal.

PALABRAS CLAVE: significado, recuperación, salud mental, trastorno mental.

CHANGES IN PEOPLE'S LIVES FOLLOWING A DIAGNOSIS OF MENTAL DISORDER: MEANING AND IMPACT

SUMMARY

Objective: To find out the meaning of the diagnosis of mental disorder and the impact on their lives, as well as to assess whether the presence of any illness is an indicator of unhappiness. *Methodology:* Qualitative phenomenological study, with convenience and intentional sampling, a focus group and 16 individual interviews, audio-recorded, transcribed verbatim, coded and analysed in the N-vivo programme. *Results:* Physical and mental illness can produce unhappiness, although sometimes it is not a cause of unhappiness. The meaning of the illness for some meant nothing and for others major changes in their lives. *Conclusions:* Illness brings about changes in people's lives, not only the expected ones, such as break-ups, job losses, stigma, etc., but also positive changes, such as personal growth.

KEYWORDS: Meaning, Recovery, Mental health, Mental disorder.

INTRODUCCIÓN

¿Por qué seguimos mostrando sorpresa cuando alguien nos cuenta que tiene una enfermedad mental?, aún más, ¿por qué si una persona con trastorno mental tiene estudios universitarios o los está cursando, trabaja, conduce o tiene hijos... nos sorprende? Queda clara la presencia del estigma. Sin embargo, es peor escuchar a personas expresar sus miedos a estudiar, trabajar, viajar... provocados por el autoestigma o con el fin de evitar el rechazo, esto obliga a algunas personas a vivir en un continuo estado de enmascaramiento creyendo que así no serán descubiertos (Requejo, 2021).

Los trastornos mentales siguen siendo socialmente desconocidos, con múltiples prejuicios y creencias erróneas, tales como que son fruto de una debilidad, sinónimos de retraso mental, además de generar sentimientos de vergüenza y culpabilización a quienes lo padecen (Ochoa *et al.*, 2011; Requejo, 2021), lo cual conlleva un retraso en la petición de ayuda, que en muchas ocasiones afecta al proceso de recuperación. Miles de personas, con una enfermedad mental, llevan vidas plenas y «normalizadas». Sin embargo, la imagen social negativa de la enfermedad mental provoca actitudes de rechazo social, a la vez que aumenta el riesgo de aislamiento y de discriminación, sin olvidar las etiquetas que se asignan a quienes padecen una enfermedad mental, como las de peligrosidad, responsabilidad, impredecibilidad e incompetencia (Angermeyer y Matschinger, 2003; Crisp *et al.*, 2000; Moloney, 2018; Treviño-Elizondo *et al.*, 2017).

En el *Plan de atención social a las personas con enfermedad mental grave y crónica 2003-2007* de la Comunidad de Madrid se realizó la investigación *Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. En ella concluyen que las personas con trastorno mental grave perciben de manera clara el efecto del estigma y los estereotipos más frecuentes son la peligrosidad e incompetencia. Además, hay desconocimiento sobre la enfermedad mental y en un 56% es confundida con la discapacidad intelectual, a pesar del contacto con personas con trastorno mental, incluso los propios familiares, presentan resultados similares a los de la población general sobre el conocimiento de la enfermedad y el nivel de estigma. Como estrategia de afrontamiento, los familiares ocultan total o parcialmente la enfermedad mental (Muñoz *et al.*, 2009; Ochoa, 2011).

Según el estudio de Garay *et al.* (2014), en sus resultados sobre la investigación relacionada con el funcionamiento cognitivo, autoestigma y recuperación de las personas con enfermedad mental grave, destacan que el proceso de recuperación personal está negativamente afectado por las percepciones y atribuciones que realizan las personas sobre sus dificultades cognitivas, el autoestigma, la presencia de síntomas positivos de la enfermedad y las dificultades relacionales.

* Community Mental Health Unit of San Cristóbal de La Laguna, Canary Islands Health Service, San Cristóbal de La Laguna, Spain. Contacto: Eva Lourdes Díaz Hernández, e-mail: eludias@gmail.com.

Vivir con la etiqueta de enfermo mental puede cambiar las expectativas que se tienen sobre el proyecto de vida, tanto de la propia persona como de su familia, pudiendo aparecer la desesperanza, la confusión y el deseo de no tener esa etiqueta, de ser alguien «normal», provocando el aislamiento, la soledad, el temor y la incertidumbre. El diagnóstico trae consigo cambios en el ámbito social, laboral, familiar y afectivo. Estos cambios se ven reflejados en la percepción de ruptura de su vida, con la presencia de un antes y un después (Zaraza-Morales y Hernández-Holguín, 2017).

En relación con la esquizofrenia, Palmer *et al.* (2014) afirman que esta afecta negativamente a la felicidad, pero la felicidad aún puede ser un objetivo alcanzable para las personas con este trastorno. Este hallazgo afirma el comentario de Saks (2013) sobre que las personas con esquizofrenia pueden encontrar bienestar dentro de la enfermedad. Asimismo, Saperia *et al.* (2018) concluyen que las personas con esquizofrenia no presentan diferencias significativas en su experiencia subjetiva de felicidad, pero sí manifiestan niveles más bajos de satisfacción y éxito en la vida, asociados con síntomas negativos y depresivos más graves y con peores resultados funcionales.

Según Eglit *et al.* (2018), las personas con enfermedades mentales graves, especialmente aquellas con trastornos psicóticos, pueden ser más vulnerables a la soledad.

En la *línea estratégica 8: Prevención y reducción del estigma, del Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2023*, se proponen acciones de sensibilización y concienciación en la población canaria, que promuevan una actitud positiva hacia las personas con trastornos mentales (SCS, 2019).

A pesar de que hay personas que incluyen el momento del diagnóstico de una enfermedad mental dentro de los eventos vitales significativos y provocadores de una ruptura biográfica, hay otras que valoran que la enfermedad mental no les llevó al infierno o al caos.

William Anthony (1993) define la recuperación como:

Un proceso único, hondamente personal, de cambio de actitudes, valores, sentimientos, metas, habilidades y roles de una persona. Es una manera de vivir una vida satisfactoria, con esperanza y aportaciones, incluso con las limitaciones causadas por la enfermedad. La recuperación implica desarrollar un nuevo sentido y propósito en la vida, a la vez que la persona crece más allá de los efectos catastróficos de la enfermedad mental (Shepherd *et al.*, 2008, p. 1).

Asimismo, Larry Davidson y Àngels González-Ibáñez (2017) en su análisis sobre el concepto de recuperación establecen que la recuperación a nivel individual puede promoverse a través de:

- 1) fomentar las relaciones que dan un sentido de pertenencia y autoestima; 2) transmitir esperanza y ofrecer modelos de recuperación mediante el contacto con otros que están viviendo con sentido sus vidas; 3) centrarse en las fortalezas (en contraposición a los déficits) y en los esfuerzos de la persona para desarrollar y mantener un sentido positivo de la propia identidad; 4) apoyar a la persona en la realización de actividades de las que pueda derivar sentido y propósito; y 5) educar y empo-



derar a la gente para que asuma el cuidado de sí misma y reivindique sus derechos de ciudadanía e inclusión social (pp. 195-196).

Con respecto a las personas con esquizofrenia, para comprender su percepción de felicidad, se debe tener en cuenta que hay mayores dificultades para obtener niveles altos de felicidad en aquellas que presentan sintomatología negativa y con una disminución progresiva de las habilidades sociales (Agid *et al.*, 2012). Las intervenciones fundamentales para la recuperación son las que promueven la rehabilitación, las relaciones sociales y el sentido de la vida, permitiendo una mayor percepción de felicidad (Seabra *et al.*, 2018).

Conociendo la visión de la sociedad acerca de la enfermedad mental y las dificultades que aparentemente provoca en sí misma la propia enfermedad, así como las intervenciones que favorecen y ayudan a alcanzar la recuperación, sería relevante conocer el significado e impacto que la enfermedad mental tiene en sus vidas.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una investigación cualitativa, partiendo desde una perspectiva de análisis constructivista y fenomenológico interpretativo, a través de un muestreo intencional y por conveniencia en el que se seleccionaron los participantes del grupo focal y de las entrevistas individuales. Se elaboró una entrevista, de la cual 6 preguntas pretenden dar respuesta al objetivo de la investigación: conocer el significado del diagnóstico del trastorno mental y el impacto en sus vidas. Además, se pretende valorar si consideran que la presencia de cualquier enfermedad es un indicador de infelicidad. Las preguntas seleccionadas fueron: *¿qué significó la enfermedad?*, *¿cambió tu vida?*, *¿tiene un sentido?* y *¿qué elementos cambiaron?*; *¿es feliz cualquier persona independientemente de la enfermedad que tenga?* y *¿crees que las personas son igual de felices si tienen un trastorno mental?*

Las entrevistas fueron realizadas a participantes mayores de 18 años, que se encontraban en seguimiento en las consultas de enfermería de una unidad de salud mental del área norte de la isla de Tenerife, Islas Canarias, España. Para su inclusión en el estudio se atendió a los siguientes criterios: tener diagnóstico de trastorno mental grave, no tener discapacidad intelectual, no presentar descompensación psicopatológica y no estar tutorizados. Se les invitaba a la participación, garantizando la confidencialidad de datos, el anonimato y solicitando previamente el permiso para la grabación de voz de la entrevista y la firma del consentimiento informado, en el que se les explicaba con mayor detalle el estudio y se confirmaba su deseo de participar. Además, se tuvieron en cuenta criterios de edad, sexo y tipo de trastorno mental (véase tabla 1).

TABLA 1. PERFIL DE LOS PARTICIPANTES			
IDENTIFICACIÓN	SEXO	EDAD	TRASTORNO MENTAL GRAVE
P0.0	Hombre	47	Esquizofrenia
P0.1	Mujer	69	T. depresivo
P0.2	Mujer	62	T. ideas delirantes
P0.3	Mujer	35	T. ideas delirantes
P0.4	Hombre	42	T. inestabilidad de la personalidad
P0.5	Mujer	52	T. inestabilidad de la personalidad
P1.1	Mujer	36	T. inestabilidad de la personalidad
P1.2	Hombre	43	T. bipolar
P1.3	Hombre	58	Esquizofrenia paranoide
P1.4	Mujer	40	T. bipolar
P1.5	Hombre	20	Episodio psicótico
P1.6	Hombre	56	T. bipolar
P1.7	Mujer	57	Esquizofrenia
P1.8	Hombre	56	Esquizofrenia paranoide
P1.9	Hombre	62	T. personalidad
P1.10	Hombre	44	Esquizofrenia
P1.11	Mujer	60	T. ideas delirantes
P1.12	Mujer	37	Esquizofrenia
P1.13	Mujer	52	Esquizofrenia paranoide
P1.14	Mujer	26	Esquizofrenia
P1.15	Mujer	22	T. inestabilidad de la personalidad

Fuente: elaboración propia.

RESULTADOS

Tras el análisis de las narrativas de las entrevistas se han obtenido dos categorías principales con sus respectivas subcategorías.

SALUD Y FELICIDAD

La categoría denominada «Salud y felicidad» se obtiene a partir de las respuestas de las preguntas ¿es feliz cualquier persona independientemente de la enfermedad que tenga? y ¿crees que las personas son igual de felices si tienen un trastorno mental? Las subcategorías establecidas fueron (véase tabla 2).



TABLA 2. SALUD Y FELICIDAD: CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS		
CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS	
Salud y felicidad	Enfermedad no es causa de la infelicidad	
	Enfermedad como causa de infelicidad	General
		Salud mental

TABLA 3. ¿ES FELIZ CUALQUIER PERSONA INDEPENDIENTEMENTE DE LA ENFERMEDAD QUE TENGA? ¿Y CON UN TRASTORNO MENTAL?						
¿Se puede ser feliz?	ENFERMEDAD GENERAL			ENFERMEDAD DE SALUD MENTAL		
	Sí	No	Depende	Sí	No	Depende
Grupo focal	1	2	2	2	2	1
Individuales	9	6	1	6	9	1
Total	10	8	3	8	11	2

Nota: Se han cuantificado las respuestas de los participantes para ambas preguntas.

Si se parte de la premisa de que la enfermedad es causa de infelicidad, cuando esta es una enfermedad física, los participantes no la perciben como pasajera, curable, recuperable e incluso olvidable, sino que nombran enfermedades graves y/o crónicas como el cáncer o el alzhéimer, lo cual propicia que influya en la felicidad; mientras que aquellos que piensan que la felicidad no depende de la enfermedad, física o mental, resaltan la importancia de la actitud de las personas ante las mismas. Asimismo, la enfermedad mental es considerada por los participantes como grave, crónica y en muchos casos incurable.

Aun teniendo en consideración que durante las entrevistas hablaban de enfermedades graves, tanto físicas como mentales, las respuestas varían poco (véase tabla 3).

La mitad de los participantes creen que se puede ser feliz independientemente de la enfermedad que se tenga, y solo tres participantes modifican su respuesta cuando se les pregunta si se podría alcanzar la felicidad con una enfermedad mental, refiriendo que sí influye. Estos señalan que el cambio en sus respuestas se produce debido a que, según su experiencia personal, la felicidad está relacionada con la estabilización de la enfermedad, el cumplimiento de los tratamientos, el cuidado personal y por la conciencia de estar enfermos; para ellos estos indicadores van a determinar que una persona pueda ser feliz o no.

Enfermedad no es causa de infelicidad:

La enfermedad no es relevante, es la capacidad de la persona (P0.5).

Una persona es capaz de lograr ser feliz, independientemente de la enfermedad que tenga (P1.1).



Figura 1. Salud y felicidad: mapa jerárquico.

Nota: Se representa la frecuencia de las respuestas codificadas según las subcategorías establecidas.

Sí, se tiene que tomar una pastilla y lleva una vida normal (P1.5).

No sé, yo me olvido de mi enfermedad. Yo tengo esquizofrenia paranoide, los médicos dicen que no se sabe de dónde vino y no hay cura para eso y tengo que venir aquí (P1.8).

Depende del tipo, principalmente de cada persona, cómo siente y sufre cada persona y de la situación en general vital de esa persona. No, lo acentúa la sociedad, lo mismo que tengo mis «brotos» o momentos malos, tengo mis momentos buenos. Muchas veces lo he dicho, un 10% del día soy locura y un 90% del día estoy haciendo cosas. Muchas veces es como que... te meten una idea de que eres una enfermedad, o sea, son el incapacitismo interiorizado, no puedo hacer esto porque estoy enfermo, no me puedo hacer responsable de mis actos porque soy enfermo mental (P1.15).

Enfermedad como causa de infelicidad (general y mental):

No, si no hay salud, si no hay dinero o amor, no hay felicidad [...] (P1.6).

Depende de cómo sea la enfermedad. [...] Serían peores, el cáncer, el alzhéimer. [...] Un poco sí, tienes que tomar pastillas, pinchazos, pero peor es tener alzhéimer o cáncer (P1.14).

Esto es peor que un cáncer, porque el cáncer lo puedes curar, hay medicaciones, hay quimioterapias [...], y las depresiones también se curan, pero son peores (P0.2). Yo pienso que una persona que tiene un cáncer sufrirá muchísimo más que nosotros porque pienso que me puedo morir. Nosotros no nos vamos a morir por tener una depresión (P0.4).

Depende de la enfermedad mental, la enfermedad mental que tenía yo no podía ser feliz, si la enfermedad mental no te impide ser feliz, pero hay otras enfermedades que no, no se me ocurre ningún ejemplo. Mi abuelo también pasó por una enfermedad mental y mi tío oye voces, no sé cómo se llama eso, ¿esquizofrenia? (P1.5).

Podría pensarse que la presencia de la enfermedad mental produce infelicidad. Sin embargo, en sus respuestas valoran que tanto la enfermedad física como la mental pueden producir infelicidad, si bien encontramos entre ellas también la creencia de que la enfermedad, sea la que sea, no es causa de infelicidad (véase figura 1).



TABLA 4. SIGNIFICADO DE LA ENFERMEDAD: CATEGORÍAS Y SUBCATEGORÍAS

CATEGORÍAS	SUBCATEGORÍAS	
Significado de la enfermedad	Cambios	Autoestigma
		Crecimiento personal
		Crisis personal
		Estigma
		Espiritualidad-religiosidad
		Recuperación-resiliencia
		Pérdidas
	Rupturas	
Sin significado		

SIGNIFICADO DE LA ENFERMEDAD

La categoría denominada «Significado de la enfermedad» se obtiene a partir de las respuestas de las preguntas ¿qué significó la enfermedad?, ¿cambió tu vida?, ¿tiene un sentido? y ¿qué elementos cambiaron? Las subcategorías establecidas fueron (véase tabla 4).

En la mayoría de los casos, la aparición de la enfermedad en la vida de los participantes provoca cambios relacionados con el área personal, tales como crisis personales, cambios en la espiritualidad o religiosidad y el crecimiento personal. Asimismo, refieren cambios que afectan al ámbito social y familiar, tales como las rupturas en las relaciones personales (parejas, amigos, familiares...), las pérdidas laborales, el estigma y el autoestigma.

Crecimiento personal:

A mí totalmente, 100% sí. Me ha hecho descubrirme interiormente, cómo soy, que de otra forma a lo mejor no lo hubiera descubierto (P0.4).

Sí me ha ayudado a interiorizar la nueva vida que tengo que llevar de adulto, tienes que ayudar a la gente, tienes que trabajar, tienes no sé qué no sé cuánto... (P1.5).

Me dio más responsabilidad (a los 18 años). A los 22 años me vine a España, estudiaba, trabajaba... (P1.12).

Recuperación-resiliencia:

Fue el doctor, me ingresaron, fue un problema para mi familia y luego todo fue bien (P1.7).

Más bien yo creo que ha vuelto a como era antes de todo... el proceso (P1.5).

Sí y las he notado y he estado más feliz con esas mejorías (P1.9).

Crisis personal:

La enfermedad me cambió la vida. Yo quería irme, suicidarme antes que mis padres porque no tenía bastón de mando. No quería quedarme solo sin mis padres vivos. No tenía valor de hacerlo. La gente te habla, la enfermedad me da por aislarme (P0.0). Sí, significó un palo muy grande para mí, sentirme inútil, al principio sí, fue muy malo. [...] Tenía planes que se truncaron, hijos... (P1.4).

Yo me asusté, de ahí en adelante me di cuenta que iban a ser así, iba a entrar en un hueco y no podía caminar. Es como si estuviera en una sombra y esa sombra no tiene luz (P1.9).

Yo me intenté suicidar hace mucho tiempo a los 26 años, tuve una crisis de identidad. Yo también tuve una infancia chunga, mis padres se llevaban mal y yo lo presenciaba. Fue una tontería, me salvé, mi madre seguía igual. Ella en el fondo era mala y disfrutaba haciendo ruindades. El suicidio cambió y le dio un sentido, aunque no era consciente y la vida te va llevando y te das cuenta de muchas cosas (P1.11). Supuso un cambio en general en mí y también en los profesionales que me trataron al tener cierta etiqueta, yo asumí ciertos roles que nunca había asumido, porque es eso, como que eres la etiqueta y tienes que cumplir todo lo que pone un libro. Es como, yo en ese momento que estaba muy perdida, acabé más perdida, muy anulada, sabiendo menos quién soy y qué quiero y un poco eso, porque en general solo iba a psiquiatría y me atendían dos psiquiatras y todo giraba en torno a la medicación y demás, entonces... (P1.15).

Autoestigma:

Yo que antes de entrar aquí, yo siempre he estado en contra de la medicación y todo el rollo porque pensé que te hacía más daño que bien, prejuicios también, jajaja y también por un poco de orgullo, porque todo el mundo me va a tomar por un loco... (P1.5).

Estigma:

La gente tiene tendencia de rechazar lo diferente (P0.4).

El sentido mío es el miedo, que me lleven de nuevo a la cárcel, yo, que me pare la policía y me pida los papeles (P1.8).

Espiritualidad-religiosidad:

Pues mira, lo mejor que Dios ha hecho conmigo es darme la paga para no trabajar y yo con la edad que tengo no voy a trabajar (P1.3).

Crear, la fe (P1.12).

Pérdidas (laborales y rupturas):

No, cuando te plantan una etiqueta te arrebatan cosas, a lo mejor no a corto plazo, pero a largo plazo sí, porque sobre todo en este tipo de procesos llega un momento que la familia se cansa, o no quiere entender o no lo ve, o lo que sea, por ponerte un ejemplo la gente al final acaba desapareciendo, cuando te plantan la etiqueta, tu proceso curativo no es, me tomas unas pastillas y ya estoy bien y voy a ser feliz.





Figura 2. Significado de la enfermedad: mapa jerárquico.

Nota: Se representa la frecuencia de las respuestas codificadas según las subcategorías establecidas.

No es eso, a lo mejor en mi caso resulta que yo he necesitado años para darme cuenta de por qué vienen o no vienen las cosas y a día de hoy, todavía a mí me queda camino por delante porque he necesitado años y mi familia ya no está (P1.1). Al principio fue un pedazo palo que te cagas, yo decía por qué a mí, por qué a mí, por qué a mí..., me empezó con 18 años, toda mi vida he estado enfermo desde los 18 años hasta los 44, imagina, 26 años. [...] Aprendí mucho porque yo empecé a trabajar con 15 años, y ya tenía pasta porque yo curraba y con 18 años me enfermé y me di cuenta que los amigos no existen. Desde los 18 años sé que los amigos no existen y tengo 44, así que imagínate (P1.2).

Me hundí, la ruina mía (P1.3).

Me puse de mal humor y me tuvieron que ingresar. Me asustó, dejé el instituto, perdí amistades. Ahora con 26 años, todavía me enfada pensar en la enfermedad, lo que me quitó (P1.14).

Al mismo tiempo, se recogen testimonios de algunos participantes que manifiestan que la enfermedad no cambió el sentido de sus vidas.

Sin significado:

Entrevistadora: ¿Antes de la enfermedad eran más felices? P0.4: No (P0.4).

No le presté atención, ni importancia, como trabajaba y estaba activa, estudiando... conseguí una plaza en el gobierno y ahora se pelean como perros para cogerla (P1.13).

El significado de la enfermedad para algunos no supuso nada y para otros cambios importantes en sus vidas, tanto positivos como negativos, y, en muchos casos, esos cambios fueron impactantes provocando crisis personales. Si bien la disposición para la recuperación e incluso el crecimiento personal aparecen como efectos no esperados, cuando aparece la enfermedad mental suele venir acompañada del estigma y del autoestigma, cargada de prejuicios, estereotipos y discriminación, lo que provoca la ruptura de parejas, amigos, pérdidas laborales y un mayor sufrimiento ante los fallecimientos de las personas que les apoyan, ya que en muchas ocasiones estas pérdidas los llevan a la soledad y al aislamiento (véase figura 2).

DISCUSIÓN

Los participantes refirieron que la felicidad no depende de la enfermedad que se tenga, independientemente de la que sea, mental o física, coincidiendo con Seabra *et al.* (2018), que concluyen que la felicidad no va a depender de la psicopatología, sino de los eventos vitales. Se puede ser feliz independientemente de la enfermedad que se tenga, tal y como referían Anthony (1993), Palmer *et al.* (2014) y Saks (2013). Sin embargo, los cambios provocados por la aparición de la enfermedad mental están relacionados con las pérdidas laborales, las rupturas, la soledad, lo que coincide con los resultados de estudios anteriores, que reflejan la relación de la vulnerabilidad de las personas con trastorno mental grave a la soledad (Eglit *et al.*, 2018), la influencia de la propia enfermedad y su sintomatología positiva y negativa en los niveles de felicidad (Agid *et al.*, 2012; Saperia *et al.*, 2018). El diagnóstico trae consigo cambios en el ámbito social, laboral, familiar y afectivo, estos cambios se ven reflejados en la percepción de ruptura de su vida, con la presencia de un antes y un después, tal y como recogen Zaraza-Morales y Hernández-Holguín (2017).

Factores relacionados con la superación de la enfermedad, tales como las crisis personales, el crecimiento personal, la recuperación-resiliencia y la aceptación, reflejan cómo la enfermedad determina o influye en la felicidad, si bien en este caso queda claro que se puede volver a ser feliz tras pasar o tener una enfermedad mental; además, depende de uno mismo y de la disposición para la recuperación-resiliencia, coincidiendo con Palmer *et al.* (2014), que afirman que la esquizofrenia afecta negativamente a la felicidad, si bien la felicidad puede ser un objetivo alcanzable, de igual manera, Saks (2013) afirma que este grupo de personas puede encontrar bienestar dentro de la enfermedad, y Larry Davidson y Ángels González-Ibáñez (2017) que establecen estrategias para la recuperación a nivel individual.

En las categorías obtenidas aparece el estigma y el autoestigma, como reflejo de la imagen social negativa de la enfermedad mental provocando actitudes de rechazo social y familiar, que a su vez aumenta el riesgo de aislamiento y de discriminación (Angermeyer y Matschinger, 2003; Crisp *et al.*, 2000; Garay *et al.*, 2014; Moloney, 2018; Muñoz *et al.*, 2009; Ochoa, 2011; Treviño-Elizondo *et al.*, 2017).

CONCLUSIONES

La presencia de la enfermedad mental produce infelicidad. Sin embargo, en sus respuestas valoran que tanto la enfermedad física como la mental pueden producir infelicidad. Si bien encontramos entre ellas también la creencia de que la enfermedad, sea la que sea, no es causa de infelicidad.

Se puede volver a ser feliz con una enfermedad mental. Depende de uno mismo y de la disposición para la recuperación-resiliencia. La felicidad puede ser un objetivo alcanzable pudiendo encontrar bienestar a pesar de la enfermedad.

La enfermedad mental supuso cambios importantes en sus vidas, en muchos casos crisis personales, aunque para algunos no supuso nada. La disposición para la recuperación e incluso el crecimiento personal aparecen como efectos no esperados,



aunque sus vidas están teñidas por el estigma y el autoestigma, además de por las pérdidas laborales y las rupturas en sus relaciones familiares y sociales.

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno.

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a los participantes de este estudio haber compartido sus experiencias, opiniones y el tiempo dedicado.

RECIBIDO: 9-12-2021; ACEPTADO: 15-1-2022



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGID, O., McDONALD, K., SIU, C., TSOUTSOULAS, C., WASS, C., ZIPURSKY, R. y REMINGTON, G. (2012). Happiness in first-episode schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 141(1), 98-103. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2012.07.012>.
- ANGERMEYER, M.C. y MATSCHINGER, H. (2003). The stigma of mental illness: Effects of labelling on public attitudes towards people with mental disorder. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108, 304-309. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2003.00150.x>.
- ANTHONY, W.A. (1993). Recovery from mental illness: The guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 1(4), 11-23. <https://doi.org/10.1037/h0095655>.
- CRISP, A.H., GELDER, M.G., RIX, S., MELTZER, H.I. y ROWLANDS, O.J. (2000). Stigmatization of people with mental illness. *British Journal of Psychiatry*, 177(1), 4-7. <https://doi.org/doi:10.1192/bjp.177.1.4>.
- DAVIDSON, L. y GONZÁLEZ-IBÁÑEZ, A. (2017). La recuperación centrada en la persona y sus implicaciones en salud mental. *Revista Asociación Española Neuropsiquiatría*, 37(131), 189-205. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352017000100011>.
- EGLIT, G., PALMER, B., MARTIN, A., TU, X. y JESTE, D. (2018). Loneliness in schizophrenia: Construct clarification, measurement, and clinical relevance. *PLOS ONE*, 13(3), 1-20. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0194021>.
- MOLONEY, P. (2018). La salud mental y el estigma en Europa. En *Mens Project Policy Papers*, 75-87.
- MUÑOZ, M., PÉREZ, E., CRESPO, M. y GUILLÉN, A.I. (2009). *Estigma y enfermedad mental: análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. Editorial Complutense, S.A.
- OCHOA, S., MARTÍNEZ, F., RIBAS, M., GARCÍA-FRANCO, M., LÓPEZ, E., VILLELLAS, R., ARENAS, O., ÁLVAREZ, I., CUNYAT, C., VILAMALA, S., AUTONELL, J., LOBO, E. y HARO, J.M. (2011). Estudio cualitativo sobre la autopercepción del estigma social en personas con esquizofrenia. *Revista Asociación Española Neuropsiquiatría*, 31(111), 477-489. <https://doi.org/10.4321/S0211-57352011000300006>.
- PALMER, B.W., MARTIN, A.S., DEPP, C.A., GLORIOSO, D.K. y JESTE, D.V. (2014). Wellness within illness: happiness in schizophrenia. *Schizophrenia research*, 159(1), 151-156. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.07.027>.
- REQUEJO, S. (Director). (2021). *Votamos* [Cortometraje]. Dos cincuenta y nueve S.L.
- SAKS, E.R. (2013, 25 de enero). *Successful and schizophrenic*. The New York Times. http://pacificinstitute.org/pdf/Successful_Schizophrenic.pdf.
- SAPERIA, S., DA SILVA, S., SIDDIQUI, I., McDONALD, K., AGID, O., REMINGTON, G. y FOUSIAS, G. (2018). Investigating the predictors of happiness, life satisfaction and success in schizophrenia. *Comprehensive Psychiatry*, 81(1), 42-47. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2017.11.005>.
- SCS. SERVICIO CANARIO DE SALUD. (2019). *Plan de Salud Mental de Canarias 2019-2023*. <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocumento=d-2141dc6-496c-11e9-910b-f705e6f363c5&idCarpeta=0428f5bb8968-11dd-b7e9-158e12a49309>.
- SEABRA, P., SARREIRA-SANTOS, A., MEDEIROS-GARCIA, L., COSTA, A., CARDOSO, I. y FIGUEIREDO, A.S. (2018). A felicidade em pessoas com doença mental: Uma revisão integrativa

da literatura. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (19), 45-53. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0201>.

SHEPHERD, G., BOARDMAN, J. y SLADE, M. (2008). *Making recovery a reality*. Sainsbury Centre for Mental Health.

TREVIÑO-ELIZONDO, F.A., WILLIS, G.B., SILLER-GZZ, B. y QUIROGA-GARZA, A. (2018). *Estud. Mensaje Period*, 24(2),1861-1874. <https://doi.org/10.5209/ESMP.62251>.

ZARAZA-MORALES, D.R. y HERNÁNDEZ-HOLGUÍN, D.M. (2017). Encerrado a oscuras: significado de vivir con esquizofrenia para diagnosticados y sus cuidadores, Medellín. *Aquichan*, 17(3), 305-315. <https://doi.org/10.5294/aqui.2017.17.3.7>.



PERSPECTIVA DE GÉNERO EN EL GRADO DE ENFERMERÍA: ANÁLISIS DE OPINIÓN DEL PROFESORADO

Aythamy González Darias*, Sara Rodríguez Martín**

RESUMEN

La universidad se ha postulado como la base científica y educacional de las modificaciones y cambios sociales, generando nuevas oportunidades de aprendizaje, construyendo nuevos cimientos teóricos y prácticos incorporando la perspectiva de género. *Objetivo:* identificar la percepción que tiene el profesorado sobre la perspectiva de género y sobre la inclusión de esta asignatura en el currículo docente en el grado de Enfermería de la Universidad de La Laguna (ULL). *Metodología:* estudio observacional, de corte transversal, que se acompaña de un pilotaje/experiencia de intervención donde se exploran los intereses, conocimientos y la opinión del profesorado en incorporar la perspectiva de género en el currículo docente de Enfermería. *Resultados:* un 69,4% del profesorado encuestado percibe que en su área de trabajo existen diferencias en la salud entre hombres y mujeres que implican la necesidad de diferentes programas. *Conclusiones:* los resultados muestran aceptación en la implantación de la asignatura «Género y Salud» en el grado de Enfermería de la ULL. Los contenidos deben integrar los cuidados e incorporar la perspectiva de género en cada una de las esferas de la salud.

PALABRAS CLAVE: enfermería, género, percepción, profesorado, Universidad de La Laguna.

THE GENDER PERSPECTIVE IN NURSING STUDIES: A TEACHING STAFF OPINION ANALYSIS

ABSTRACT

The University has postulated itself as the scientific and educational basis of social changes, generating learning opportunities, and deconstructing concepts based on biases. This implies building new theoretical and practical foundations incorporating the gender perspective. *Aim.* To identify the perception that teaching staff and students have on the gender perspective in the Nursing Degree in the University of La Laguna. *Methodology.* Educational intervention project that includes an observational, cross-sectional study accompanied by a pilot/intervention experience where the interests and opinion of teaching staff and students in incorporating the gender perspective in the teaching curriculum are explored. *Results.* The students and teachers surveyed reported that this subject should be integrated into the Nursing training programme. *Conclusions.* Results show a general agreement in the introduction of a module on 'Gender and Health' in the Nursing Degree programme in the University of La Laguna. Module content should incorporate the gender perspective in each of the health dimensions, as well as in Development of new protocols, educational programmes and in the design of research projects.

KEYWORDS: Nurse, gender, perception, faculty, University of La Laguna.



INTRODUCCIÓN

La igualdad de género es un reto a nivel global para conseguir un mundo sostenible pacífico, próspero y saludable (OMS, Género y salud). Para lograr un sistema de salud más equitativo y sostenible es imprescindible mejorar la igualdad de género en la salud, facilitando el empoderamiento de mujeres y niñas en la reafirmación de sus derechos y generando en los hombres otras formas de masculinidad que sean más respetuosas con las demás personas, con ellos mismos (Sen y Östlin, 2008; Marcos, 2020).

El género es un determinante de salud que opera de forma transversal y que influye en los comportamientos sociales estableciendo diferentes tipos de relaciones en la sociedad (Saewyc, 2017). Las inequidades de género implican la existencia de estructuras desiguales en los diferentes ámbitos de la vida tanto pública como a nivel privado, así como las inequidades en la accesibilidad a determinados recursos o la incorporación de derechos fundamentales, todo ello ha sido generado en base a una construcción social de lo que se considera socialmente como «lo femenino» y «lo masculino».

Estos roles y expectativas de género interfieren en la gran mayoría de los aspectos de la vida desde la infancia en adelante y contribuyen a las disparidades de salud que se observan entre géneros a lo largo de la vida en todos los países del mundo (Zimmerman *et al.*, 2019). Estos determinantes afectan las condiciones en las cuales las niñas y los niños nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen, incluyendo su comportamiento en la salud y sus interacciones con el sistema de salud.

La ausencia de perspectiva de género en investigación y, por tanto, en la producción de conocimiento científico ha establecido diferencias e inequidades que influyen en la salud y el bienestar de diferentes formas:

- La primera de ellas es la *concepción androcéntrica* del estudio de las enfermedades, problemas de salud o conceptos de salud. Esta premisa determina que los problemas de salud o incluso el concepto global de salud sea gestado desde esta perspectiva, con lo que problemas específicos de mujeres han sido invisibilizados o infradiagnosticados, dado que no existen teniendo en cuenta esta base o mirada androcéntrica; es más, el comportamiento o la manifestación de determinados problemas de salud o patologías han pasado desapercibidos cuando han sido sufridos o padecidos por las mujeres, ya que existen diferencias en sus manifestaciones y comportamientos asociados al género (Ortiz Gómez *et al.*, 2002).

* Técnica de la Dirección General de Programas Asistenciales, Servicio de Atención Especializada y Programas Oncológicos. Servicio Canario de la Salud. Profesora asociada asistencial del Departamento de Enfermería de la Universidad de La Laguna. *E-mail* de contacto: agonzada@ull.edu.es.

** Faculty of Health Sciences and Sports. University of Stirling. Scotland, number SC 011159.

- La segunda forma de influir en la salud y el bienestar es mediante el desarrollo de la ciencia integrando en la investigación o el aprendizaje del conocimiento la perspectiva de género. Existe una marcada ausencia en la investigación del análisis del sexo-género que resulta perjudicial desde el punto de vista social, de la salud y el acceso a los servicios, sobre todo de las mujeres (Tanenbaum *et al.*, 2019). Utilizando nuevos enfoques sensibles al género se pueden determinar, con evidencia, las diferencias existentes en el estado de salud de las mujeres y de los hombres durante todas las etapas de la vida y en las diferentes regiones del mundo (Kalenga *et al.*, 2020 y Weber *et al.*, 2019).

Nuestra disciplina enfermera no está exenta de las influencias que afectan su desarrollo, ya que su construcción se basa tanto en factores sociales como históricos donde la perspectiva de género tiene importantes connotaciones, ya que la profesión sigue estando desarrollada, en gran medida, por las mujeres (Burton, 2020). De hecho, los roles y normas de género tradicionales a menudo se imponen y refuerzan dentro de la educación y en el ejercicio de enfermería, lo que potencialmente limita tanto la diversidad como la innovación en la profesión.

Es importante reconocer la forma en la que opera el género en el ámbito sanitario y más aún en el de los cuidados; tradicionalmente, los estudios universitarios que integran las ciencias de la salud han estado fundamentados en bases teóricas construidas desde una visión androcéntrica, que, lamentablemente, no determinan un análisis en profundidad con perspectiva de género (Liao, 2020 y Nogueira *et al.*, 2021). Asegurar la salud como un derecho humano universal conlleva una corresponsabilidad social de la educación superior en la formación de profesionales sanitarios con esta perspectiva.

ANTECEDENTES Y ESTADO ACTUAL DEL TEMA

Dentro de las áreas específicas, como es la detección de violencia de género, enfermería es una figura clave, ya que, en muchas ocasiones, puede ser el o la profesional en quien encuentran apoyo las mujeres que atraviesan esta situación. Este puede estar relacionado por su cercanía y trato directo con las usuarias, incluso por la inmersión en los hogares en el desarrollo de las visitas domiciliarias donde la *enfermería de enlace o gestora* de casos desarrolla principalmente su actividad. En otros casos, las mujeres acuden a las consultas por otros muchos motivos, que detrás de ellos está de forma soterrada la violencia de género.

Existe otro momento donde la enfermería toma un protagonismo relevante en materia de violencia de género, este es el momento de *triaje en las urgencias hospitalarias*. Todos los y las profesionales de la salud sabemos la importancia de actuar ante un código infarto o ictus, sin embargo, también es prioritario dar una rápida atención a estas mujeres, aunque las lesiones sean leves, por el riesgo que supone que vuelvan a contactar con sus maltratadores durante el tiempo de la espera y abandonen el centro hospitalario antes de ser atendidas; ellas también tienen riesgo de muerte inminente.



Por lo anteriormente expuesto, el rol de enfermería con mirada de género es clave para el abordaje de la violencia contra las mujeres; se hace conveniente recordar en la formación académica el importante papel que pueden jugar a la hora de la detección y de la comunicación a fiscalía, o bien informar a las usuarias de la existencia de una red de recursos de atención a la violencia de género, más aún cuando se detecta algún indicio de que la mujer está atravesando esta situación.

En cuanto a la atención en otras esferas de la salud es inevitable abordar el papel de la *enfermería en la salud mental*, donde existe una especialidad vía EIR reconocida por el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. La trayectoria de enfermería en esta especialidad ha sido construida en unas bases formativas sesgadas al género, donde en la actualidad ya se ha puesto de manifiesto la importancia de integrar esta perspectiva en el abordaje de la salud mental (Artaco, 2018).

Según la OMS, en 2019 se declararon 800 000 suicidios en todo el mundo, de los que el 79% ocurren en países de ingresos bajos y medios (OMS, Suicidio). Las diferencias surgen entre regiones y países con respecto a la edad y el género, entre otros (Bachmann, 2018), afectando tres veces más a los hombres con respecto a las mujeres. Estas afirmaciones merecen un análisis con mayor profundidad en su abordaje desde la enfermería (Martínez-Santos, 2019), que es un colectivo importante en la comunicación con los y las adolescentes y en la detección precoz de conductas suicidas; de hecho, son varias las publicaciones que sustentan que a través de la capacitación de los y las profesionales de la salud muchos de estos actos pueden ser evitables, más aún integrando la perspectiva de género (Gabilondo, 2020; Graves, 2018; Xue, 2020 y Mirick, 2020). Igualmente ocurre con el análisis de la detección de trastornos mentales comunes como la depresión y la ansiedad, donde existe una marcada brecha de género siendo trastornos de aparición mayoritariamente en las mujeres y, aunque no exista este problema de salud, muchas mujeres consumen hipnosedantes en nuestro país con o sin prescripción facultativa, sin profundizar en los principales motivos que les conducen a padecer ansiedad o depresión, entre otros (García-Goñi, 2021 y ESDAM, 2021).

En cuanto a la salud sexual y reproductiva, el papel de las matronas y de la enfermería en general tiene más que acreditada esta perspectiva; sin embargo, la formación curricular es insuficiente para que el ejercicio de la profesión se desarrolle desde el prisma del género, sobre todo conociendo el modo en el que influyen los roles de género en las mujeres durante nuestra asistencia sanitaria.

Las matronas (enfermeras especialistas en ginecología y obstetricia vía EIR) en líneas generales han sido un colectivo vinculado profesionalmente a las mujeres que han padecido la jerarquía en la organización y enseñanzas del desarrollo contemporáneo de la medicina desde un sistema androcéntrico y patriarcal. La violencia obstétrica emana de esta visión donde los procesos de salud como el embarazo y el parto acaban siendo patologizados (praxis) y siendo asistidos en entornos quirúrgicos poco amables con las mujeres y familias, y este hecho en nuestro país ya ha sido denunciado con sentencia desfavorable (UN, Derechos humanos, 2019 y UN, Derechos humanos, CEDAW). La perspectiva de género debe tener mejor presencia en nuestra formación (Maroto Navarro, 2009) y actividad diaria fomentando la



corresponsabilidad en la paternidad (Velázquez, 2005), informando de cómo existen otras formas de vivirlas más saludables para la familia.

Existen otras múltiples esferas donde los y las profesionales de enfermería pueden aportar perspectiva de género en la asistencia sanitaria, como es en la salud cardiovascular, incidencia y prevalencia de determinantes sociales, diferencia en la morbilidad y mortalidad, etc. Pero sin duda, los cuidados son el estandarte y la razón de ser de enfermería como disciplina, y en este caso no cabe otra opción que nombrar la feminización de los cuidados, ya sean formales o informales.

La creciente demanda de cuidados debido al envejecimiento de la población y a la asociación de cronicidad compleja o pluripatología (Ruiz Miralles, 2021) reclama que existan nuevas políticas donde se engranen los y las profesionales proveedoras de los cuidados formales con una adecuada estructura sociosanitaria, que de forma coordinada den solución o respiro a las personas que son proveedoras de los cuidados informales. Este problema al que nos estamos enfrentando tiene como coste un impacto negativo en la salud de las personas cuidadoras, mayoritariamente mujeres (García-Calvente, 2004), y afrontar esta necesidad requiere con urgencia una mirada de profesionales expertos y expertas en cuidados que sean sensibles al género, que amortigüen las desigualdades existentes en el sistema informal de los cuidados en nuestro país (García-Calvente, 2004 y 2010). Enfermería gestora de casos o de enlace es la protagonista y nexo entre el sistema proveedor de los cuidados formales y las personas proveedoras de cuidados informales, y que lamentablemente no han recibido el apoyo necesario institucional para su correcta implantación en los servicios autonómicos de salud (Sicilia *et al.*, 2009 y Vallejo *et al.*, 2019).

La formación académica de los y las profesionales de enfermería debe integrar la perspectiva de género en su currículo docente y evitar así las insensibilidades al género en el desarrollo, investigación y crecimiento de este colectivo profesional tradicionalmente feminizado. Analizando las opiniones del profesorado del grado de Enfermería podemos visualizar la posición actual que ocupa la perspectiva de género en sus prioridades o sensibilidades profesionales construidas sobre mensajes sesgados.

OBJETIVOS

- Identificar la percepción que tiene el profesorado sobre la perspectiva de género en el grado de Enfermería de la Universidad de La Laguna.
- Analizar el nivel de formación previa del profesorado sobre perspectiva de género en ciencias de la salud.

METODOLOGÍA

Estudio observacional, de corte transversal, acompañado de un pilotaje/experiencia de intervención donde se exploran los intereses y la opinión del profesorado en incorporar la perspectiva de género en el currículo docente de Enfermería.



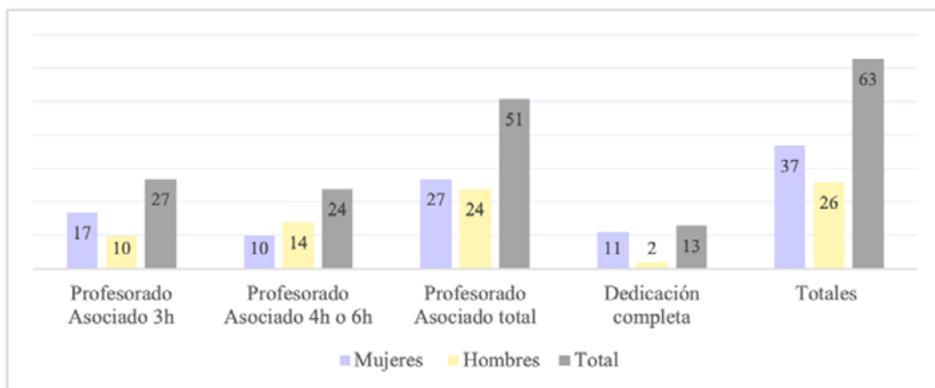


Figura 1. Profesorado de grado de Enfermería ULL, datos desagregados por sexo.

TABLA 1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN DEL PROFESORADO		
Profesorado	Poseer <i>vinculación contractual</i> con la Universidad de La Laguna en cualquiera de sus modalidades durante el curso académico 2020-2021.	No querer participar en el estudio.
	Tener activa la cuenta de <i>correo corporativo de la Universidad de La Laguna</i> .	Responder al cuestionario fuera de plazo (11 de julio de 2021).

POBLACIÓN, MUESTRA Y ÁMBITO DE INTERVENCIÓN

El profesorado del grado de Enfermería, durante el curso académico 2020-2021, está constituido por 63 profesoras y profesores de los que tan sólo hay 13 que están con modalidad contractual a tiempo completo, el resto está integrado por asociados de 3, 4 y 6 horas, algunos vinculados a la práctica clínica asistencial y otros a la docencia del grado. El porcentaje de profesorado que ha participado cumplimentando el formulario es de un 57,14 % (36) de la totalidad (63) que integran el grado de Enfermería de la Universidad de La Laguna, de los que el 59% son mujeres y el 41% restante son hombres, tal y como se muestra en la figura 1.

Tal y como se observa en la figura 2, en las categorías del profesorado a tiempo completo del grado de Enfermería, existe un porcentaje «mayoritariamente femenino»; un 84,62% de este profesorado son mujeres, la brecha de género se disminuye cuando comparamos otros tipos de contrataciones, la presencia femenina sigue siendo mayoritaria en las contrataciones de 3 horas con respecto a las contrataciones de 4 y 6 horas, en esta modalidad contractual la presencia de hombres es ligeramente mayor.

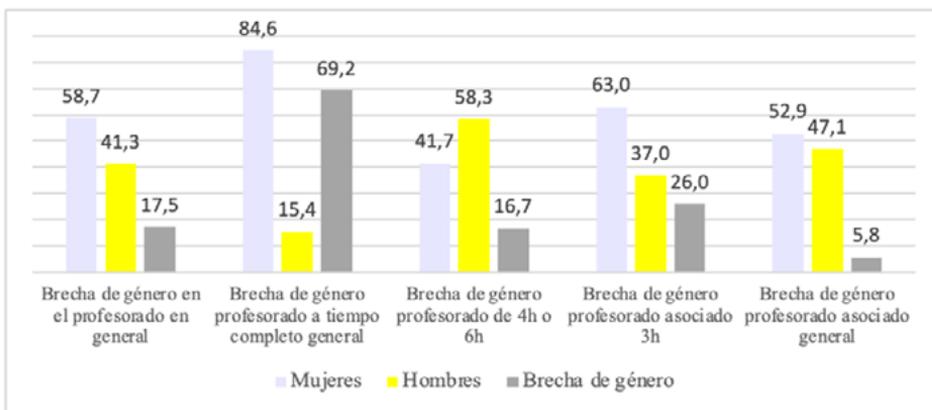


Figura 2. Brecha de género (%) en el profesorado del grado de Enfermería de la ULL.

TABLA 2. VARIABLES DEL ESTUDIO	
VARIABLES INDEPENDIENTES	VARIABLES DEPENDIENTES
Profesorado <ul style="list-style-type: none"> - Edad - Género - Antigüedad en la Universidad en años. - Antigüedad como profesional sanitario en años. 	<ul style="list-style-type: none"> - Conocimiento de las variables como determinantes del estado de salud de las personas. - Percepción de diferencias entre mujeres y hombres. - Necesidad de integrar perspectiva de género. - Nivel de conocimientos para integrar perspectiva de género en su práctica profesional o docente. - Haber recibido formación reciente en género y salud. - Temas de formación relacionados con perspectiva de género.

INSTRUMENTO Y PROCEDIMIENTO DE RECOGIDA DE DATOS

El instrumento de recogida de información utilizado ha sido mediante un cuestionario (diseñado *ad hoc*) dirigido al profesorado del grado de Enfermería de la Universidad de La Laguna.

Para la elaboración del cuestionario se utilizó la plataforma *google forms* y se difundió a través del *mail corporativo de la Universidad de La Laguna* durante el período del 6 al 11 de julio de 2021 (ambos inclusive). En ellos se analiza la importancia que le dan al género como determinante de la salud entre otros aspectos y la necesidad de integrar esta asignatura en el Departamento.



Se han garantizado los principios éticos recogidos en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial de 1975, en la versión revisada de 2004. Se tuvo en cuenta el respeto y la autonomía de los y las participantes, ya que se les informó sobre la naturaleza del proyecto de investigación y se les solicitó su consentimiento. Asimismo, se les informó que podían desvincularse en cualquier momento o dejar de contestar al cuestionario sin que ello pudiera tener consecuencia alguna. Cabe señalar que las instrucciones y las condiciones de aplicación garantizaron la confidencialidad de las respuestas en todo momento (CIOMS, 2012).

RESULTADOS

Los datos descriptivos tras el análisis de las respuestas del profesorado en términos generales se definen en la tabla 3. En ellos se aprecia que este colectivo profesional está ocupado mayormente por mujeres, que son conscientes de la existencia de diferencias entre hombres y mujeres que requieren de intervenciones diferentes, aunque el grado de conocimientos que tienen sobre la aplicabilidad de la perspectiva género lo califican como mediano. Finalmente, cuando les preguntas si han recibido formación de forma reciente, la respuesta con mayor porcentaje es no.

La gran mayoría del profesorado está en una franja etaria de 41-50 años, este hecho confirma que tienen bastante antigüedad como profesionales sanitarios (>20 años); sin embargo, la incorporación al grado de Enfermería como profesorado ha sido reciente, dado que la mayoría lleva menos de 5 años vinculado a la docencia universitaria.

A la pregunta elaborada formato respuesta múltiple, cuál o cuáles variables consideran como determinantes de salud (figura 3), contestan que la edad, en un 94,3%, es la más influyente, seguida del nivel socioeconómico (88,6%). La variable género ocupa el tercer lugar en importancia para el profesorado (74,3%).

En cuanto a la pregunta sobre los temas en los que consideran importante llevar a cabo actividades de formación con perspectiva de género en salud para los y las profesionales del sistema sanitario (de respuesta múltiple), observamos en la figura 4 que la respuesta con mayor porcentaje es la incidencia en la salud de determinantes sociales como el sexo, la edad, la ocupación, el nivel socioeconómico, el lugar de residencia y el origen étnico (77,8%), seguida de violencia de género y salud sexual y reproductiva (69,4%).

En cuanto al análisis con perspectiva de género del profesorado, mostramos la tabla 4, donde se relacionan las variables descriptivas con el género. En ella se constata que el porcentaje mayoritario pertenece a las mujeres, pero se concentran más hombres en la franja de 41-50 años que coincide con los de reciente incorporación. Tanto en las mujeres como en los hombres, el mayor porcentaje se sitúa entre 0 y 5 años de antigüedad en la Universidad, siendo la presencia de la mujer superior a la de los hombres. Igualmente, de forma mayoritaria, hombres y mujeres tienen más de 20 años de antigüedad como profesionales sanitarios.



TABLA 3. DATOS DESCRIPTIVOS DEL PROFESORADO

DATOS DESCRIPTIVOS DEL PROFESORADO	% (N)
Género	
– Femenino	58,3 (21)
– Masculino	38,9 (14)
– Prefiero no contestar	2,8 (1)
Edad	
– 20-30 años	8,3 (3)
– 31-40 años	11,1 (4)
– 41-50 años	38,9 (14)
– 51-60 años	33,3 (12)
– >60 años	8,3 (3)
Antigüedad en la Universidad (años)	
– 0-5 años	52,8 (19)
– 6 -10 años	13,9 (5)
– 11-15 años	8,3 (3)
– >16 años	25 (9)
Antigüedad como profesional sanitario/a	
– 5-10 años	8,3 (3)
– 10-15 años	16,7 (6)
– 15-20 años	2,8 (1)
– > 20 años	72,2 (26)
¿Percibe en su área de trabajo diferencias en la salud entre hombres y mujeres que impliquen la necesidad de diferentes intervenciones?	
– Sí	69,4 (25)
– No	22,2 (8)
– No lo había pensado antes	8,3 (3)
¿En qué grado cree usted que su nivel de conocimiento sobre la perspectiva de género en salud le permite introducirla en su práctica profesional y/o docente?	
– Alto	36,1% (13)
– Mediano	50,0% (18)
– Bajo	13,9% (5)
¿Ha recibido recientemente formación específica sobre perspectiva de género y salud?	
– Sí	27,8% (10)
– No	72,2% (26)

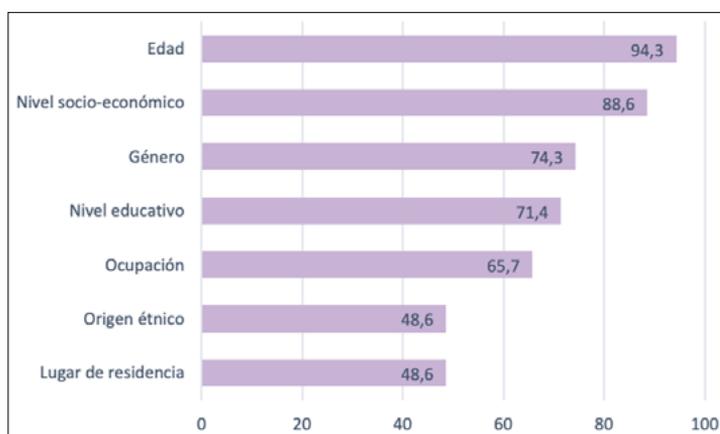


Figura 3. Factores que influyen en la salud de las personas (%).



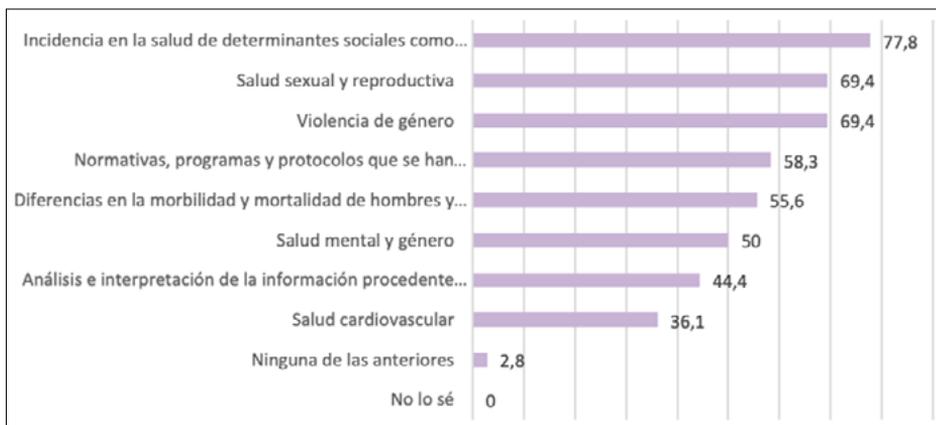


Figura 4. Temas para realizar actividades formativas con perspectiva de género.

TABLA 4. DATOS DESCRIPTIVOS DEL PROFESORADO DESAGREGADOS POR SEXO

	EDAD (AÑOS)					TOTAL
	20-30	31-40	41-50	51-60	> 60	
Femenino	8,3% (3)	11,1% (4)	16,7% (6)	16,7% (6)	5,6% (2)	58,3% (21)
Masculino	0,0%	0,0%	22,2% (8)	13,9% (5)	2,8% (1)	38,9% (14)
Prefiero no decirlo	0,0%	0,0%	0,0%	2,8% (1)	0,0% (0)	2,8% (1)
	ANTIGÜEDAD EN LA UNIVERSIDAD (AÑOS)				TOTAL	
	0-5	6-10	11-15	>15		
Femenino	33,3% (12)	5,6% (2)	5,6% (2)	13,9% (5)	58,3% (21)	
Masculino	19,4% (7)	8,3% (3)	2,8% (1)	8,3% (3)	38,9% (14)	
Prefiero no decirlo	0,0%	0,0%	0,0%	2,8% (1)	2,8% (1)	
	ANTIGÜEDAD COMO PROFESIONAL SANITARIO/A (AÑOS)				TOTAL	
	5-10	11-15	16-20	>20		
Femenino	8,3% (3)	11,1% (4)	0,0% (0)	38,9% (14)	58,3% (21)	
Masculino	0,0%	5,6% (2)	2,8% (1)	30,6% (11)	38,9% (14)	
Prefiero no decirlo	0,0%	0,0%	0,0%	2,8% (1)	2,8% (1)	

En las preguntas sobre la inclusión de la perspectiva de género en el ámbito profesional y docente (tabla 5), ambos sexos perciben que se requieren diferentes intervenciones entre hombres y mujeres; sin embargo, es llamativo cómo en los hombres el porcentaje es mayor (71,4%). Igualmente, son ellos los que afirman con mayor determinación que es muy necesario que se implanten planes formativos, programas y protocolos que integren la perspectiva de género (57,1%). En cuanto a los niveles

TABLA 5. ANÁLISIS DE LAS RESPUESTAS DE CONOCIMIENTO DEL PROFESORADO CON DATOS DESAGREGADOS POR SEXO

¿PERCIBE EN SU ÁREA DE TRABAJO DIFERENCIAS EN LA SALUD ENTRE HOMBRES Y MUJERES QUE IMPLIQUEN LA NECESIDAD DE DIFERENTES INTERVENCIONES?					TOTAL
	SÍ	No	NO LO HABÍA PENSADO ANTES		
Femenino	66,7% (14)	28,5% (5)	9,5% (2)		100% (21)
Masculino	71,4% (10)	21,4% (3)	7,1% (1)		100% (14)
Prefiero no decirlo	2,8% (1)	0,0%	0,0%		100% (1)
Total	69,4% (25)	22,2% (8)	8,3% (3)		100% (36)
¿CREE NECESARIO QUE EN NUESTRA PROFESIÓN SE IMPLANTEN PLANES FORMATIVOS, PROGRAMAS Y PROTOCOLOS QUE INTEGREN LA PERSPECTIVA DE GÉNERO?					TOTAL
	MUY NECESARIO	NECESARIO	MUY POCO NECESARIO	NO NECESARIO	
Femenino	47,6% (10)	42,9% (9)	4,8% (1)	4,8% (1)	100% (21)
Masculino	57,1% (8)	35,7% (5)	7,1% (1)	0,0%	100% (14)
Prefiero no decirlo	100%	0,0%	0,0%	0,0%	100% (1)
Total	52,8% (19)	38,9% (14)	5,6% (2)	2,8% (1)	100,0% (36)
¿EN QUÉ GRADO CREE USTED QUE SU NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE LA PERSPECTIVA DE GÉNERO EN SALUD LE PERMITE INTRODUCIRLA EN SU PRÁCTICA PROFESIONAL Y/O DOCENTE?					TOTAL
	ALTO	MEDIANO	BAJO		
Femenino	42,9% (9)	42,9% (9)	14,3% (3)		100% (21)
Masculino	21,4% (3)	64,3% (9)	14,3% (2)		100% (14)
Prefiero no decirlo	100,0% (1)	0,0%	0,0%		100% (1)
Total	36,1% (13)	50,0% (18)	13,9% (5)		100,0%
¿HA RECIBIDO RECIENTEMENTE FORMACIÓN ESPECÍFICA SOBRE PERSPECTIVA DE GÉNERO Y SALUD?					TOTAL
	SÍ		No		
Femenino	19,0% (4)		81,0% (17)		100,0% (21)
Masculino	35,7% (5)		64,3% (9)		100,0% (14)
Prefiero no decirlo	100 % (1)		0,0%		100% (1)
Total	27,8% (10)		72,2% (26)		100,0% (36)

de conocimientos sobre perspectiva de género las mujeres se definen con un nivel conocimientos alto y/o mediano mientras que los hombres, de forma mayoritaria, contestan tener un grado mediano de conocimientos.

Los resultados obtenidos constatan que el profesorado en general (hombres y mujeres) asumen no haber tenido una formación reciente sobre perspectiva de género en el ámbito de la salud.

Para finalizar, algunos profesores y profesoras del grado quisieron aportar comentarios abiertos (cualitativos) sobre las preguntas planteadas y se recogieron valoraciones muy interesantes destacando que este tema es de gran interés y han apoyado la iniciativa:



La necesidad de esta perspectiva de género incorporándolo a la salud, es decir, no se trata de mismo modo el infarto, otro ejemplo la dismenorrea infravalorada, recogimiento ginecológico con orientación homosexual lésbica, disminución libido en mujeres diabéticas...

No solamente es útil sino de importante necesidad implementar la perspectiva de género en nuestro ámbito docente y asistencial.

Muchas gracias por el interés en la temática que considero muy necesaria en la formación de futuros profesionales de la salud.

Me parece muy interesante el tema y estaría bien incluir la diversidad de género, tan necesario.

Enhorabuena por la iniciativa de investigación del tema.

Espero que se haga posible!

DISCUSIÓN

Los resultados obtenidos tras el análisis de las respuestas del cuestionario constatan que el profesorado es consciente de la necesidad de integrar la perspectiva de género en sus conocimientos impartidos en el grado de Enfermería y que es necesario que se apliquen o integren en el aprendizaje de la elaboración de protocolos, programas y planes formativos.

El profesorado que ha participado cumplimentando el cuestionario coincide en que es necesario incorporar la perspectiva de género en nuestros planes formativos, programas y protocolos de forma rotunda, así como en el currículo formativo del grado de Enfermería. Si bien debe coexistir el apoyo institucional y del profesorado, para que se integre la perspectiva de género en el Departamento. Para que dicha implantación se desarrolle de forma exitosa, hay que adoptar experiencias que ya han dado buenos resultados en otros países como es el caso de Canadá, Estados Unidos, Suecia y Alemania (Fernández-Feito, 2019) y en nuestro país (U. de Sevilla [enfermería], U. Autónoma de Madrid [medicina], U. Complutense de Madrid [género y salud], U. de Málaga [enfermería], U. Rey Juan Carlos [género y salud] y U. de Granada [género y salud], U. de Barcelona [género y ciudadanía] y E. Andaluza de Salud Pública [género y salud]), ya sea en el grado o en formato posgrado, donde se han incorporado al profesorado personas responsables y formadas que incorporan esta perspectiva en los programas docentes, contagiando al alumnado de la importancia de asumir este gran reto de cambio (Ruiz-Cantero, 2020). Algunas de las limitaciones en la integración de la perspectiva de género en el ámbito educativo de ciencias de la salud se relacionan con las resistencias encontradas, la escasez de tiempo y los sesgos habituales entre sexo y género (Vuolanto, 2017 y Macías Seda, 2012). Estas limitaciones deben superarse dando respuestas a cada una de ellas con una base científica, recalando que el código deontológico de enfermería define el papel que tiene el género en la atención sanitaria tanto en la salud como en la enfermedad, por lo que las y los enfermeros deben identificar y abordar las diferencias entre hombres y mujeres en las estructuras de poder que influyen en la salud, para subsanar el desequilibrio y dispensar servicios adecuados y eficaces a las personas, la familia y la comunidad (Arcos, Estela, 2007 y Fernández-Feito, 2019). Es probable

que se reconsideren algunos prejuicios o ideas sustentadas en errores o sesgos conceptuales en el momento en el que realicen una lectura crítica de artículos de diferentes autoras de gran recorrido y renombre como García-Calvente, Ruiz-Cantero, Carme Valls, Tannenbaum C., Kalenga CZ... Incluso, la afirmación por parte de ciertas revistas científicas, como *Nature (Nature journal)*, *Science (Science journal)* o *Lancet (The Lancet journal)*, y con el apoyo de las recomendaciones o guías SAGER (Heidari, 2019), en las que suscriben que no admitirán artículos que no incluyan la perspectiva de género a partir de ahora. Este hecho respalda la inclusión de esta asignatura en el estudio de las ciencias de la salud.

También ha sido interesante detectar que el profesorado es consciente de que existen diferencias en la salud de los hombres y de las mujeres que implican la necesidad de diferentes intervenciones a nivel sanitario, hecho que refrenda aún más la inclusión de esta asignatura. Por otro lado, también expone las deficiencias existentes en el currículo académico sobre perspectiva de género, ya que no se ha invitado a reflexionar y pensar si nuestras intervenciones en salud y enfermedad pueden estar influenciadas por los roles o estereotipos, normas, mandatos o determinantes estructurales de género. Existen publicaciones en las que se describe cómo las normas de género impactan en la salud de mujeres y hombres en todas las etapas de la vida, los sectores de salud y las diferentes regiones del mundo; por lo tanto, reclaman mayor exigencia al diseñar políticas y programas de salud eficaces integrando la perspectiva de género (Weber, 2019).

El punto más llamativo en el análisis de las respuestas del profesorado está relacionado con la percepción que tienen ellos y ellas mismas sobre el grado de autoconocimiento en perspectiva de género y su aplicabilidad en la formación académica. Un elevado porcentaje opina que tiene un nivel mediano-alto de conocimientos y lo transfieren cuando imparten sus materias o en su actividad asistencial; sin embargo, contrasta con la siguiente pregunta, donde afirman que no han recibido formación específica sobre perspectiva de género y salud de forma reciente. Esta información invita a iniciar otro debate: ¿sabe realmente el profesorado qué es la perspectiva de género? Algunas autoras/es plantean cómo la investigación con perspectiva de género en enfermería existe, pero desde una mirada crítica comparada con la investigación en general, aunque, como en nuestros resultados, el profesorado considera de forma positiva su incorporación (Vuolanto, 2017). Otras autoras enumeran las dificultades que existen para incorporar la perspectiva de género contemplando la escasez de tiempo para formación, la sobrecarga del currículo académico y la dificultad para integrar políticas de cambio en los centros, entre otros aspectos (Macías Seda, 2012; Arcos, 2007 y Fernández-Feito, 2019).

Por otro lado, existe un desconocimiento generalizado de la influencia que tiene el género en problemas o determinantes de salud no tan estudiados o investigados desde esta perspectiva, de forma minoritaria, aparece la salud cardiovascular (O'Neil, 2018) y el análisis e interpretación de la información procedente de registros sanitarios u otras fuentes sociodemográficas, como los factores con menor grado de importancia para llevar a cabo actividades de formación con perspectiva de género en salud. Por lo anteriormente descrito, se hace necesario importar una nueva visión donde se integre la influencia que tiene el género en cada uno de los



determinantes o problemas de salud (O'Neil, 2018; Podcasy, 2016; Huebschmann, 2019; Song, 2020; Salk *et al.*, 2017; Carrero *et al.*, 2018; Melk *et al.*, 2019; Tolwin *et al.*, 2020 y Gebhard, 2020).

LIMITACIONES DEL ESTUDIO

La primera de las limitaciones de este estudio es que, de forma probable, el profesorado más receptivo o sensibilizado con la perspectiva de género haya contestado el cuestionario; sin embargo, las personas menos interesadas puede que no lo hayan cumplimentado.

Este aspecto habrá que tenerlo en cuenta para próximos análisis sobre perspectiva de género en el profesorado para evitar posibles sesgos en los análisis posteriores.

CONCLUSIONES

Del resultado obtenido en el cuestionario se sustenta de forma clara la iniciativa de instauración en el grado de Enfermería de la asignatura Género y Salud.

Existe un contundente apoyo por parte del profesorado consultado en integrar la perspectiva de género en el currículo académico como una asignatura. No obstante, entendemos que existen dificultades en su implantación que pueden ser solventadas cuando se imparte con el respaldo de la literatura científica actualizada. En los contenidos de la asignatura es imprescindible hablar de los cuidados e incorporar la perspectiva de género en cada una de las esferas de la salud, más aún en el desarrollo de protocolos, programas y en el diseño de proyectos de investigación, sin desmerecer en absoluto aquellos temas clásicamente feminizados como la violencia de género y la salud sexual y reproductiva, reconocidos por el alumnado y por el profesorado integrados en la perspectiva de género.

Finalmente será verdad que enfermería tiene nombre de mujer, igual que la salud, que la educación... Quizás ahora sí es su momento, cuando en el 2021 se han evidenciado los daños que ha provocado el sesgo de género en el desarrollo y estudio de las ciencias y, por consiguiente, en los cuidados.

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo ha sido realizado como parte del curso «Diploma de Especialización en Género y Salud (XIII edición)» en la «Escuela Andaluza de Salud Pública» bajo la tutorización de la Dra. María del Mar García Calvente, a las cuales expresamos nuestro total agradecimiento en su contribución.

RECIBIDO: 20-1-2022; ACEPTADO: 26-1-2022

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANTHONY, Ann Strong. «Gender bias and discrimination in nursing education: can we change it?». *Nurse Educator*, 2004, vol. 29, n.º 3, pp. 121-125.
- ARCOS, Estela, *et al.* «Perspectiva de género en la formación de profesionales de la salud: Una tarea pendiente». *Revista médica de Chile*, 2007, vol. 135, n.º 6, pp. 708-717.
- ARTAZCOZ, Lucía, *et al.* «Incorporación de la perspectiva de género en la salud comunitaria». Informe SESPAS 2018. *Gaceta Sanitaria*, 2018, vol. 32, pp. 92-97.
- BACHMANN, Silke. «Epidemiology of suicide and the psychiatric perspective». *International journal of environmental research and public health*, 2018, vol. 15, n.º 7, p. 1425.
- BURTON, Candace W. «Paying the caring tax: the detrimental influences of gender expectations on the development of nursing education and science». *Advances in Nursing Science*, 2020, vol. 43, n.º 3, pp. 266-277.
- CARRERO, Juan Jesus, *et al.* «Sex and gender disparities in the epidemiology and outcomes of chronic kidney disease». *Nature Reviews Nephrology*, 2018, vol. 14, n.º 3, pp. 151-164.
- CIOMS, ICLAS. «International guiding principles for biomedical research involving animals». *Council for International Organization of Medical Sciences (CIOMS) and International Council for Laboratory Animal Science (ICLAS)*, 2012.
- COMITÉ PARA LA ELIMINACIÓN DE LA DISCRIMINACIÓN CONTRA LA MUJER. Oficina del alto Comisionado. Naciones Unidas de Derechos Humanos. <https://www.ohchr.org/sp/hrbodies/cedaw/pages/cedawindex.aspx>.
- DIPLOMA de especialización en Género y salud. Escuela Andaluza de Salud Pública. Disponible en <https://www.easp.es/cursos/?idCurso=5804010021>.
- FERNÁNDEZ-FEITO, Ana, *et al.* «Differences in professional values between nurses and nursing students: a gender perspective». *International nursing review*, 2019, vol. 66, n.º 4, pp. 577-589.
- FERNÁNDEZ-FEITO, Ana, *et al.* Differences in professional values between nurses and nursing students: a gender perspective. *International nursing review*, 2019, vol. 66, n.º 4, pp. 577-589.
- GABILONDO, Andrea. «Prevención del suicidio, revisión del modelo OMS y reflexión sobre su desarrollo en España». *Gaceta Sanitaria*, 2020.
- GARCÍA-CALVENTE, María del Mar, *et al.* «Análisis de género de las percepciones y actitudes de los y las profesionales de atención primaria ante el cuidado informal». *Gaceta sanitaria*, 2010, vol. 24, n.º 4, pp. 293-302.
- GARCÍA-CALVENTE, María del Mar, MATEO-RODRÍGUEZ, Inmaculada y EGUIGUREN, Ana P. «El sistema informal de cuidados en clave de desigualdad». *Gaceta Sanitaria*, 2004, vol. 18, pp. 132-139.
- GARCÍA-CALVENTE, María del Mar, MATEO-RODRÍGUEZ, Inmaculada y MAROTO-NAVARRO, Gracia. «El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres». *Gaceta sanitaria*, 2004, vol. 18, pp. 83-92.
- GARCÍA-GOÑI, Manuel, STOYANOVA, Alexandrina P. y NUÑO-SOLÍNÍ, Roberto. «Mental Illness Inequalities by Multimorbidity, Use of Health Resources and Socio-Economic Status in an Aging Society». *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2021, vol. 18, n.º 2, p. 458.



- GEBHARD, Catherine, *et al.* «Impact of sex and gender on covid-19 outcomes in Europe». *Biology of sex differences*, 2020, vol. 11, pp. 1-13.
- GOICOLEA, Isabel, ÖHMAN, Ann y VIVES-CASES, Carmen. *Intersections between gender and other relevant social determinants of health inequalities*. 2017.
- GRAVES, Janessa M., *et al.* «Suicide prevention training: Policies for health care professionals across the United States as of October 2017». *American journal of public health*, 2018, vol. 108, n.º 6, pp. 760-768.
- HEIDARI, Shirin, *et al.* «Equidad según sexo y de género en la investigación: justificación de las guías SAGER y recomendaciones para su uso». *Gaceta Sanitaria*, 2019, vol. 33, pp. 203-210.
- HUEBSCHMANN, Amy G., *et al.* «Sex differences in the burden of type 2 diabetes and cardiovascular risk across the life course». *Diabetologia*, 2019, vol. 62, n.º 10, pp. 1761-1772.
- INFORME sobre un enfoque basado en los derechos humanos del maltrato y la violencia obstétrica durante la atención del parto. 11 de julio de 2019. Relatora Especial sobre la violencia contra la mujer, sus causas y consecuencias Disponible en <https://www.ohchr.org/SP/Issues/Women/SRWomen/Pages/Mistreatment.aspx>.
- KALENGA, C.Z., *et al.* «Sex and gender considerations in health research: a trainee and allied research personnel perspective». *Humanities and Social Sciences Communications* 7.1 (2020): 1-7.
- LIAO, Hung-Chang; WANG, Ya-huei. «Integrating the Gender Perspective into Literature Studies to Enhance Medical University Students' Gender Awareness and Critical Thinking». *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 2020, vol. 17, n.º 24, p. 9245.
- MACÍAS SEDA, Juana, GIL GARCÍA, Eugenia y GONZÁLEZ RODRÍGUEZ, María del Mar. «Asignatura "Género y salud" en el Grado Universitario de Enfermería: minimizar creencias sexistas». en *Investigación y género, inseparables en el presente y en el futuro: IV Congreso Universitario Nacional Investigación y Género*, [libro de actas]. (pp. 1067-1079). Unidad para la Igualdad, Universidad de Sevilla, 2012.
- MARCOS-MARCOS, Jorge, *et al.* «El estudio de la salud de los hombres desde una perspectiva de género: de dónde venimos, hacia dónde vamos». *Salud Colectiva*, 2020, vol. 16, p. 2246.
- MAROTO NAVARRO, Gracia, *et al.* «Paternidad y servicios de salud: estudio cualitativo de las experiencias y expectativas de los hombres hacia la atención sanitaria del embarazo, parto y posparto de sus parejas». *Revista española de salud pública*, 2009, vol. 83, n.º 2, pp. 267-278.
- MARTÍNEZ-SANTOS, Alba-Elena, *et al.* «La Enfermería escolar: contenidos y percepciones sobre su pertinencia en las escuelas inclusivas». *Enfermería Global*, 2019, vol. 18, n.º 56, pp. 291-323.
- MELCHIOR, Florence. «Feminist approaches to nursing history». *Western Journal of Nursing Research*, 2004, vol. 26, n.º 3, pp. 340-355.
- MELK, Anette, *et al.* «Equally interchangeable? How sex and gender affect transplantation». *Transplantation*, 2019, vol. 103, n.º 6, pp. 1094-1110.
- MIRICK, Rebecca G., *et al.* «Changes in practice following a continuing education training on suicide assessment and intervention: Training participants' perspectives». *Journal of Teaching in Social Work*, 2020, vol. 40, n.º 1, pp. 31-47.
- NATURE JOURNAL. Disponible en <https://www.nature.com/>.
- NOGUEIRA, Isabela Cristina, *et al.* «Gender debate as a challenge in nursing training». *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2021, vol. 74.

- O'NEIL, Adrienne, *et al.* «Gender/sex as a social determinant of cardiovascular risk». *Circulation*, 2018, vol. 137, n.º 8, pp. 854-864.
- OBSERVATORIO ESPAÑOL DE LAS DROGAS Y LAS ADICCIONES. Encuesta sobre alcohol, drogas y otras adicciones en mayores de 64 años en España (ESDAM), 2019/20. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2021. 42 p. Disponible en https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2019-20_Informe_EDADES.pdf.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Género y Salud. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Suicidio, datos y cifras. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>.
- ORTIZ GÓMEZ, Teresa, *et al.* *El papel del género en la construcción histórica del conocimiento científico sobre la mujer*. 2002.
- PODCASY, Jessica L. y EPPERSON, C. Neill. «Considering sex and gender in Alzheimer disease and other dementias». *Dialogues in clinical neuroscience*, 2016, vol. 18, n.º 4, p. 437.
- RUIZ CANTERO, María Teresa (2009). *Sesgos de género en la atención sanitaria*. Escuela Andaluza de Salud Pública.
- RUIZ MIRALLES, María Luisa, *et al.* *Diseño y validación de un índice de evaluación de casos complejos*. 2021.
- RUIZ-CANTERO, María Teresa, *et al.* «Agenda de género en la formación en ciencias de la salud: experiencias internacionales para reducir tiempos en España». *Gaceta Sanitaria*, 2020, vol. 33, pp. 485-490.
- RUIZ-CANTERO, María Teresa, *et al.* «Agenda de género en la formación en ciencias de la salud: experiencias internacionales para reducir tiempos en España». *Gaceta Sanitaria*, 2020, vol. 33, pp. 485-490.
- RUIZ-CANTERO, María Teresa. *Las enfermedades inflamatorias y la perspectiva de género*. 2020.
- RUIZ-CANTERO, María Teresa. *Sesgos de género en la investigación sanitaria. Interacción sexo-género: Las diferencias biológicas amparan las desigualdades de género en salud*. 2018.
- RUIZ-CANTERO, María-Teresa, *et al.* Sesgos de género en el esfuerzo terapéutico: de la investigación a la atención sanitaria». *Farmacia Hospitalaria*, 2020, vol. 44, n.º 3, pp. 109-113.
- SAEWYC, Elizabeth. «A global perspective on gender roles and identity». *Journal of Adolescent health*, 2017, vol. 61, n.º 4, pp. S1-S2.
- SALK, Rachel H., HYDE, Janet S.; ABRAMSON, Lyn Y. «Gender differences in depression in representative national samples: Meta-analyses of diagnoses and symptoms». *Psychological bulletin*, 2017, vol. 143, n.º 8, p. 783.
- SCIENCE JOURNAL. Disponible en <https://www.science.org/journals>.
- SEN, Gita; ÖSTLIN, Pirooska. *Gender inequity in health: why it exists and how we can change it*. 2008.
- SICILIA, J.P. Batres, TELLO, Margarita Alvarez y SANTOS, P. Gallardo. «De la precisión de cuidados a los cuidados imprescindibles. Las enfermeras gestoras de casos en Andalucía: la enfermera comunitaria de enlace». *Revista de administración sanitaria siglo XXI*, 2009, vol. 7, n.º 2, pp. 313-322.
- SONG, Juan-Juan, *et al.* «Gender differences in hypertension». *Journal of cardiovascular translational research*, 2020, vol. 13, n.º 1, p. 47-54.



- TANNENBAUM, Cara, *et al.* «Sex and gender analysis improves science and engineering». *Nature*, 2019, vol. 575, n.º 7781, pp. 137-146. Disponible en <https://doi.org/10.1038/s41586-019-1657-6>.
- THE LANCET JOURNAL. Disponible en <https://www.thelancet.com/>.
- TOLWIN, Yaakov y GILLIS, Roni; PELED, Nir. «Gender and lung cancer-SEER-based analysis». *Annals of Epidemiology*, 2020, vol. 46, pp. 14-19.
- UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID. Facultad de Medicina. Grado de Medicina. Disponible en <https://www.uam.es/Medicina/GuiasDocentesGrado/1234890441083.htm?language=es>.
- UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID. Facultad de Medicina. Grado en Enfermería. Disponible en <https://www.boe.es/boe/dias/2020/05/20/pdfs/BOE-A-2020-5185.pdf>.
- UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID. Género y Salud. Disponible en <https://www.ucm.es/estudios/grado-asignaturastransversales-plan-808515>.
- UNIVERSIDAD DE BARCELONA. Máster de estudios de Mujeres, Género y Ciudadanía. Disponible en https://www.ub.edu/web/ub/es/estudis/oferta_formativa/master_universitari/fitxa/E/M0X08/index.html.
- UNIVERSIDAD DE GRANADA. Escuela Internacional de Posgrado. Experto Propio en Género y Salud. Disponible en https://escuelaposgrado.ugr.es/pages/titulos_propios/oferta_formativa/experto-propio-en-genero-y-salud.
- UNIVERSIDAD DE MÁLAGA. Grado de Enfermería. Disponible en <https://www.uma.es/centers/subject/facultad-de-ciencias-de-la-salud/5050/50013/>.
- UNIVERSIDAD DE SEVILLA. Grado de Enfermería. Asignatura Género y Salud. Disponible en <https://www.us.es/estudiar/que-estudiar/oferta-de-grados/grado-en-enfermeria/1570008>.
- UNIVERSIDAD REY JUAN CARLOS. Máster Género y Salud. Disponible en <https://online.urjc.es/es/para-futuros-estudiantes/masteres-universitarios/genero-y-salud>.
- VALLEJO, María López y ALCARAZ, Jesús Puente. «El proceso de institucionalización de la enfermera gestora de casos en España. Análisis comparativo entre los sistemas autonómicos de salud». *Enfermería clínica*, 2019, vol. 29, n.º 2, pp. 107-118.
- VELÁZQUEZ, Laura Evelia Torres, VELÁZQUEZ, Alejandra Salguero y SILVA, «Patricia Ortega. Efectos de la presencia de los varones en el desarrollo psicológico infantil». *Psicología y salud*, 2005, vol. 15, n.º 1, pp. 113-120.
- VUOLANTO, Pia y LAIHO, Anne. «The gender perspective in nursing research: A theoretical treasure chest or a 'thorn' in the side?». *Minerva*, 2017, vol. 55, n.º 3, pp. 371-390.
- WEBER, Ann M., *et al.* «Gender norms and health: insights from global survey data». *The Lancet*, 2019, vol. 393, n.º 10189, pp. 2455-2468.
- WEBER, Ann M., *et al.* «Gender norms and health: insights from global survey data». *The Lancet*, 2019, vol. 393, n.º 10189, pp. 2455-2468.
- XUE, Cuicui, *et al.* «Health personnel-targeted education interventions on inpatient suicide prevention in general hospitals: A scoping review». *International journal of nursing sciences*, 2020.
- ZIMMERMAN, Linnea A., *et al.* «Measuring agency as a dimension of empowerment among young adolescents globally; findings from the Global Early Adolescent Study». *SSM-population health*, 2019, vol. 8.



¡ME HE QUEDADO SIN AGUJAS!

Alberto Salmonte Rodríguez*, Arantxa Vázquez Rodríguez*,
Andrés Ramos Hernández**, Nuria González Báez**

RESUMEN

Los pacientes con DM necesitan de un autocontrol de su enfermedad más exhaustivo para evitar descompensaciones y recaídas de su enfermedad crónica. A través de la teoría de rango medio del autocontrol de la diabetes se empodera a los pacientes en la resolución de problemas y en el entreno de habilidades que incorporan a su vida diaria. El paciente R.A.B.V. es un paciente de 50 años, DM desde hace 20, con un mal control de su enfermedad, con cifras de hemoglobina glicosilada elevadas. Se realiza un plan de cuidados a través de los lenguajes estandarizados NANDA, NOC y NIC. El paciente consiguió una mejora en su salud a través de la adhesión al plan y de nuestra intervención desde el ámbito comunitario.

PALABRAS CLAVE: diabetes; autocontrol, teoría de rango medio, lenguajes enfermeros, enfermería comunitaria.

I HAVE RUN OUT OF INSULIN NEEDLES!

ABSTRACT

The patients with diabetes need from a self-management of their disease more exhaustive to avoid descompensation and relapses of their chronic disease. Through a middle range theory of the self management of the diabetes, patients are empowered in the resolution of problems and in training of skills which are incorporated in their daily life. R.A.B.V. is a 50-year-old patient, with DM from 20 years ago with a bad control of her disease, with elevated glycated hemoglobin levels. We make a care plan through the standarized language of NANDA, NOC and NIC. The patient improved in her health through the adhesión to the plan and our intervention from the community level.

KEYWORDS: Diabetes, self-management, middle range theory, nursing language, community nursing.



DESCRIPCIÓN DEL CASO

R.A.B.V, paciente de 50 años de edad, que acude a control con su enfermero por patología diabética de base.

No padece de alergias conocidas, salvo una pequeña reacción al Paracetamol en 2007. Tiene el calendario vacunal completo. Como problemas fundamentales destacan: DM tipo 2 (debut hace 20 años), HTA, hipercolesterolemia, asma con EPOC, bronquitis asmática, bloqueo de rama izquierda, hipertrofia ventricular izquierda, dermatitis atópica, disfunción eréctil, artritis y hepatitis tóxica. El tratamiento farmacológico habitual es: Novorapid flexpen 100 UI/ml, Toujeo Solostar 300 UI/ml, Metformina 1000 mg, Victoza 6 mg/ml, Novonorm 2 mg, A. Acetil Salicílico 100 mg, Losartán 100 mg, Cardyl 20 mg, Viagra 500 mg, Adolonta 50 y Ultibro. En la última analítica, destacan: Hematíes $5.59 \times 10^6/\text{mm}^3$, Hemoglobina 15.8 g/dL, Neutrófilos 68.3%, Glucosa basal 177 mg/dl; HbA1c 10.84 %; glucosa media estimada 235 mg/dl; Colesterol total 180 mg/dl; Triglicéridos 163 mg/dl.

Percibe su salud como mala. Su estado nutricional es inadecuado. Refiere episodios de estreñimiento en los últimos meses. No presenta problemas en la deambulaci3n. Duerme 5-6 h al día, buena higiene del sueño. Usa gafas para leer. Está satisfecho consigo mismo. Buenas relaciones con su familia y entorno, aunque refiere no tener amigos cercanos. Refiere vivir su sexualidad con problemas y ahora mismo está pasando por un momento de estrés debido a la venta de su casa y la mudanza de la misma.

JUSTIFICACI3N

La diabetes mellitus tipo 2 es un problema que afecta a millones de personas en el mundo, tanto así que se considera ya un problema universal y un problema de salud pública (Fearon-Lynch y Stover, 2015) que ha ido incrementándose en los últimos años. Más concretamente, en la Comunidad Autónoma de Canarias, la tasa de personas que padecen diabetes se encuentra por encima de la media española de la misma y también, consecuentemente, su tasa de mortalidad. Por estos motivos, se encuentra aumentada con respecto a la tasa española en general (Gobierno de Canarias [diabetes y vida saludable]). Cabe destacar que la diabetes mellitus tipo 2, en la mayor parte de las ocasiones se encuentra relacionada con la obesidad, lo cual hace que aumente aún más el riesgo cardiovascular y también las posibilidades de

* Enfermeros residentes de primer año en Atención Familiar y Comunitaria. Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria Tenerife-II Norte. Gerencia de Atención Primaria de Tenerife. Dirección de contacto: albertosr.efyclalaguna@gmail.com y arantxavr.efyclalaguna@gmail.com.

** Tutores clínicos de Atención Primaria de Equipo de la Zona Básica de Salud Tacoronte. Gerencia de Atención Primaria de Tenerife.

TABLA 1. ETAPAS DE LA TEORÍA DEL DOMINIO¹

Certeza (dominio del significado)	Las personas van a encontrar significado de enfermedad en experiencias de vida desagradables, al trascender el conocimiento que tienen de sí mismos para descubrir nuevos potenciales.
Cambio (dominio del destino)	Va a implicar la transformación de esos conocimientos en procesos productivos, desarrollando habilidades, actitudes y resoluciones de problemas para enfrentarse a la situación estresante.
Aceptación (dominio de sí mismo)	Se acepta que la situación es real, que no se puede hacer nada para superar el problema, pero sí trabajar «con» la enfermedad para una mejor calidad de vida.
Crecimiento (control sobre la transición de vida)	Transformación del desarrollo colectivo de los individuos como resultado del proceso estresante por el que han pasado.

padecer algún evento coronario. Es por ello por lo que su autogestión por parte del paciente es tan importante (Fearon-Lynch y Stover, 2015; Gobierno de Canarias [diabetes y vida saludable]).

TEORÍA DE RANGO MEDIO

Dados los antecedentes del paciente, se procederá a valorar al paciente en base a una teoría de rango medio, denominada «Una teoría de Rango medio para el autocontrol de la diabetes», publicada en el año 2015 por Jennifer A. Fearon Lynch y Caitlin Stover (Fearon-Lynch y Stover, 2015).

Estas autoras proponen la fusión de dos teorías ya existentes, que son la teoría del dominio y la teoría de la integración orgánica, para comprender mejor la respuesta humana y el abordaje del autocontrol en enfermedades crónicas, siendo en este caso la diabetes (Fearon-Lynch y Stover, 2015).

Por un lado, la teoría del dominio se ocupa de la respuesta humana a situaciones estresantes que requieren que las personas participen de forma activa en los procesos y así enfrentarse mejor a las circunstancias impuestas (Fearon-Lynch y Stover, 2015). Esta teoría se desarrolla a través de 4 etapas relacionadas entre sí, reflejadas en la tabla 1.

Por otro lado, la teoría de integración orgánica, subteoría de la teoría de la autodeterminación, requiere de diversos tipos de motivación extrínseca, de tal forma que los individuos respaldan el nuevo cambio porque comprenderán, finalmente, el valor del mismo, teniendo como consecuencia un mayor impacto sobre el compromiso del paciente y manteniendo sus comportamientos (Fearon-Lynch y Stover, 2015).

Las distintas de esta etapa se encuentran reflejadas en la tabla 2.

Estos comportamientos regulados van a ser influenciados, en distintos grados, por los siguientes factores (Fearon-Lynch y Stover 2015):



TABLA 2. ETAPAS DE LA TEORÍA DE LA INTEGRACIÓN ORGÁNICA¹

Regulación externa	Es el menos autónomo de los 4. Los individuos van a realizar acciones en respuesta a recompensas y expectativas del entorno.
Introyección	Las motivaciones son parcialmente autónomas y van a permitir a los individuos incorporar valorar y regulaciones externas dentro de sí mismos.
Identificación	Los individuos consideran deliberadamente los objetivos que quieren alcanzar/alcanzados al reflexionar sobre los mismos.
Integración	La valoración de los valores u objetivos se asimila por completo dentro de los individuos.

- Autonomía: las acciones deben surgir desde la propia convicción del individuo.
- Competencia: confianza que tiene el individuo para afrontar la conducta identificada.
- Parentesco: percepción del apoyo de la autonomía que les brindan otros individuos.

VALORACIÓN GENERAL

Para entender y comprender al paciente en su totalidad y a través de todas sus esferas se aborda a través de la valoración por patrones funcionales de salud (PFS) de Marjory Gordon. Ésta los definió en el año 1996 como «una configuración de comportamientos que ocurren de forma secuencial en el transcurso del tiempo» (Del Gallego Lastra, 2015).

Estos patrones son once, y describen todas las áreas que comprende el ser humano. Son la expresión de la integridad biopsicosocial-espiritual de la persona, y por ello no pueden ser comprendidos aisladamente, sino en su relación mutua (Del Gallego Lastra, 2015).

Se realiza la valoración a través de estos patrones por considerarla la herramienta más útil para detectar cambios en las respuestas humanas del paciente y en sus necesidades de cuidado (Gordon, 1996).

A su vez, a través de la teoría del autocontrol de la diabetes explicada previamente, se realizó una valoración de las diferentes etapas de las 2 teorías interrelacionadas (Fearon-Lynch y Stover, 2015).

Así, a través de la teoría del dominio, se abordaron las 4 etapas de las que nos hace referencia (Fearon-Lynch y Stover, 2015):

- Certeza: el paciente se muestra preocupado por su estreñimiento y por el aumento del nivel de Hb1aC; la actitud del profesional enfermero ante esto es resolver pensamientos y dudas acerca de estas cuestiones.
- Cambio: se producen cambios alimenticios a través del paciente para la resolución del problema; se desarrollan nuevos conocimientos y habilidades y se comienza un diario de glucosa.



TABLA 3. PATRONES FUNCIONALES DE SALUD DE MARJORY GORDON

Patrón 1. Percepción-manejo de la salud.	<ul style="list-style-type: none"> - Percepción subjetiva de su salud como mala. - Exfumador. - Exconsumidor de drogas. - Abstemio. - Sedentario. - Tiene el estado vacunal completo.
Patrón 2. Nutricional-metabólico.	<ul style="list-style-type: none"> - No realiza una dieta especial. - Tiene una buena hidratación. - Apetito disminuido. - No se aprecian lesiones ni úlceras por presión. - Datos antropométricos: - Peso: 113 kg. - Talla: 183 cm. - IMC: 34,38 kg/m². - Perímetro abdominal: 121 cm.
Patrón 3. Eliminación.	<ul style="list-style-type: none"> - Deposiciones anormales, duras, 2 veces en semana. - Estreñimiento. - No portador de ostomías. - No tiene incontinencia urinaria.
Patrón 4. Actividad-ejercicio.	<ul style="list-style-type: none"> - Movilidad normal. - Parcialmente activo. - Independiente ABVD (índice de Katz A). - Independiente para las AIVD (Lawton y Brody: 8).
Patrón 5. Sueño-descanso.	<ul style="list-style-type: none"> - No refiere insomnio. - Duerme 5 h al día. - Duerme siesta. - Nivel de energía adecuado durante el día. - No relaciona sus problemas con el sueño.
Patrón 6. Cognitivo-perceptivo.	<ul style="list-style-type: none"> - Tiene presbicia, usa gafas. - No alteraciones auditivas. - Habla clara. - Discurso coherente.
Patrón 7. Autocontrol-autoconcepto.	<ul style="list-style-type: none"> - No sufre de temores. - Satisfecho consigo mismo. - Dispuesto a mejorar su situación.
Patrón 8. Rol-relaciones.	<ul style="list-style-type: none"> - Buena relación con su mujer e hija. - No tiene amigos, ya que los relaciona con su época pasada. - Buena relación con su familia, aunque no cercana.
Patrón 9. Sexualidad-reproducción.	<ul style="list-style-type: none"> - No tiene relaciones sexuales con su pareja (como mucho 2 al año). - No vive positivamente su sexualidad. - Considera que sus problemas de salud influyen negativamente en su vida sexual.
Patrón 10. Adaptación-tolerancia al estrés.	<ul style="list-style-type: none"> - Refiere cambios importantes en los últimos años en su vida. - Se ha mudado recientemente, ha vendido su casa y está en proceso de comprar otra. - Ha cambiado su puesto de trabajo. - Tiene una buena relación familiar. - Se adapta bien a los cambios, es capaz de manejar situaciones difíciles.
Patrón 11. Valores-creencias.	<ul style="list-style-type: none"> - No se considera religioso. - No cree que la fe influya en su vida. - Se reconoce escéptico ante la influencia que lo espiritual pueda tener en su salud.



- Aceptación: se acepta la situación de cronicidad de la DM, que no puede hacer nada por cambiarlo, pero sí ayudarse a favorecer nuevas actitudes y comportamientos, con lo que se adhiere al cambio.
- Crecimiento: ante los buenos resultados que va obteniendo, se motiva a conocer más sobre su enfermedad y a mejorar su calidad de vida.

A través de la teoría de la integración orgánica, se analizan los 4 parámetros que nos ayudan con la motivación de este paciente:

- Regulación externa: conocimiento limitado de la diabetes. No participa en su salud.
- Introyección: admite el problema y busca apoyo en nosotros para solucionarlo.
- Identificación: se consigue una motivación interna del paciente al ver la evolución y cambios en su enfermedad.
- Integración: admite que la DM es una enfermedad crónica y que la adopción de nuevos hábitos puede ayudarle en su enfermedad y a una buena evolución de la misma.

DIAGNÓSTICO

A través del método AREA (Kautz *et al.*, 2006), nos planteamos una serie de diagnósticos para su priorización y su idealización, los cuales fueron: estrés por sobrecarga, disposición para mejorar la nutrición, fatiga, intolerancia a la actividad, riesgo de nivel de glucemia inestable, obesidad, disfunción sexual, estreñimiento, mantenimiento ineficaz de la salud y disposición para mejorar la autogestión en salud (Universidad de La Laguna-CAS, 2022).

Finalmente, los diagnósticos enfermeros seleccionados como prioritarios fueron los siguientes:

- [00179] Riesgo de nivel de glucemia inestable.
- [00232] Obesidad.
- [00059] Disfunción sexual.

PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN DE LOS CUIDADOS

Los objetivos del plan de cuidados se seleccionaron a través de la clasificación NOC (Moorhead, 2013). Para las actividades, se implantaron las intervenciones de enfermería de la clasificación NIC adecuadas al caso clínico que se implementó (Bulechek, 2013).

En la tabla 4 se expone el plan de cuidados realizado:

TABLA 4. PLAN DE CUIDADOS PERSONAL

TABLA 4. PLAN DE CUIDADOS PERSONAL				
NANDA 00179 Riesgo de nivel de glucemia inestable	<i>Factores de riesgo:</i> Falta de adhesión al plan terapéutico. Falta de aceptación del diagnóstico. Estado de salud física.		<i>Población de riesgo:</i> Estado de salud física comprometido.	
		<i>Estado en el momento de la intervención</i>	<i>Estado al final del plan</i>	<i>Tiempo de actuación</i>
	Indicador 1: Realiza prácticas de cuidados de los pies	2-Sustancialmente comprometido	4-Levemente comprometido	2 meses
NOC 1619 Autocontrol: diabetes	Indicador 2: Sigue la dieta recomendada	1-Gravemente comprometido	4-Levemente comprometido	2 meses
	Indicador 3: Trata los síntomas de hiperglucemia	1-Gravemente comprometido	4-Levemente comprometido	2 meses
	Indicador 4: Diario de control de glucemia	1-Gravemente comprometido	5-No comprometido	2 meses
NIC 2120 Manejo de la hiperglucemia	<i>Actividades:</i> Vigilar la glucemia. Observar si hay signos y síntomas de hiperglucemia. Potenciar la ingesta oral de líquidos. Consultar con el médico si persisten o empeoran los signos y síntomas de hiperglucemia. Instruir al paciente y allegados en la prevención, reconocimiento y actuación ante la hiperglucemia.		<i>Evidencia disponible:</i> – ADA, 2017 – Handelsman Y. Potential place of sglt2 inhibitors in treatment paradigms for type 2 diabetes mellitus. <i>Endocr Pract</i> [Internet]. 2015;21(9):1054-1065. Disponible en http://dx.doi.org/10.4158/EP15703.RA . – Colberg SR, Sigal RJ, Yardley JE, Riddell MC, Dunstan DW, Dempsey PC, <i>et al</i> . Physical activity/exercise and diabetes: A position statement of the American diabetes association. <i>Diabetes Care</i> [Internet]. 2016;39(11):2065-2079. Disponible en http://dx.doi.org/10.2337/dc16-1728 .	
NANDA 00232 Obesidad	<i>Factores relacionados:</i> Comportamiento sedentario durante >2 h al día. Gasto energético inferior al consumo energético basado en una valoración estándar. Picoteo frecuente.		<i>Características definitorias:</i> Adulto IMC >30 kg/m ² .	
		<i>Estado en el momento de la intervención</i>	<i>Estado al final del plan</i>	<i>Tiempo de actuación</i>
NOC 1629 Conducta de pérdida de peso	Indicador 1: Controlar el IMC	1-Gravemente comprometido	3-Medianamente comprometido	2 meses
	Indicador 2: Controla la ración de los alimentos	2-Sustancialmente comprometido	4-Levemente comprometido	2 meses





	Indicador 3: Se compromete con un plan para comer de forma saludable	1-Gravemente comprometido	3-Medianamente comprometido	2 meses
	Indicador 4: Evita la ingesta de alimentos y líquidos muy calóricos	1-Gravemente comprometido	4-Levemente comprometido	2 meses
NIC 1280 Ayuda para disminuir de peso	<p><i>Actividades:</i> Ayudar al paciente a ajustar la dieta al estilo de vida y nivel de actividad. Aconsejar la actividad en casa mientras se realizan las tareas domésticas y encontrar formas de moverse durante las actividades diarias. Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por hábitos favorables.</p>		<p><i>Evidencia disponible:</i> – Arbit N, Ruby M, Rozin P. The meaning of food in life scale: Evidence for links with healthy eating, a positive relationship to food, and established determinants of healthy eating behavior. J Nutr Educ Behav [Internet]. 2017; 49(7): S5-6. Disponible en http://dx.doi.org/10.1016/j.jneb.2017.05.022. – Voils CI, Olsen MK, Gierisch JM, McVay MA, Grubber JM, Gaillar L, et al. Maintenance of weight loss after initiation of nutrition training: A randomized trial. Ann Intern Med [Internet]. 2017; 166 (7): 463. Disponible en http://dx.doi.org/10.7326/m16-2160.</p>	
		<i>Estado en el momento de la intervención</i>	<i>Estado al final del plan</i>	<i>Tiempo de intervención</i>
NOC 1008 Estado nutricional	Intervención 1: Ingestión de alimentos.	2-Sustancialmente comprometido	4-Levemente comprometido	2 meses
	Intervención 2: Ingesta de líquidos	2-Sustancialmente comprometido	4-Levemente comprometido	2 meses
NIC 5246 Asesoramiento nutricional	<p><i>Actividades:</i> Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente. Establecer metas realistas y a corto plazo para el cambio nutricional. Ayudar al paciente a registrar lo que come normalmente en un periodo de 24 h. Revisar con el paciente la medición de la ingesta.</p>		<p><i>Evidencia disponible:</i> – Arbit N, Ruby M, Rozin P. The meaning of food in life scale: Evidence for links with healthy eating, a positive relationship to food, and established determinants of healthy eating behavior. J Nutr Educ Behav [Internet]. 2017; 49(7): S5-6. Disponible en http://dx.doi.org/10.1016/j.jneb.2017.05.022. – Voils CI, Olsen MK, Gierisch JM, McVay MA, Grubber JM, Gaillar L, et al. Maintenance of weight loss after initiation of nutrition training: A randomized trial. Ann Intern Med [Internet]. 2017; 166 (7): 463. Disponible en http://dx.doi.org/10.7326/m16-2160.</p>	

<p>NANDA 00059 Disfunción sexual</p>	<p><i>Factores relacionados:</i> Alteraciones biopsicosociales de la sexualidad. Conflicto de valores. Alteración de la estructura o funciones corporales.</p>	<p><i>Características definitorias:</i> Referencias verbales del problema. Alteración en la relación con la pareja. Dificultad en el logro de satisfacción sexual.</p>																				
<p>NOC 0119 Funcionamiento sexual</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="306 284 482 363"></th> <th data-bbox="495 284 627 363"><i>Estado en el momento de la intervención</i></th> <th data-bbox="646 284 860 363"><i>Estado al final del plan</i></th> <th data-bbox="929 284 1052 363"><i>Tiempo de actuación</i></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="306 372 482 451">Indicador 1: Consigue la excitación sexual</td> <td data-bbox="495 372 627 451">2-Sustancialmente comprometido</td> <td data-bbox="646 372 860 451">4-Levemente comprometido</td> <td data-bbox="929 372 1052 451">2 meses</td> </tr> <tr> <td data-bbox="306 460 482 539">Indicador 2: Expresa interés sexual</td> <td data-bbox="495 460 627 539">3- Medianamente comprometido</td> <td data-bbox="646 460 860 539">5- No comprometido</td> <td data-bbox="929 460 1052 539">2 meses</td> </tr> <tr> <td data-bbox="306 548 482 627">Indicador 3: Expresa voluntad sexual</td> <td data-bbox="495 548 627 627">3-Medianamente comprometido</td> <td data-bbox="646 548 860 627">5-No comprometido</td> <td data-bbox="929 548 1052 627">2 meses</td> </tr> <tr> <td data-bbox="306 636 482 737">Indicador 4: Realiza la actividad sexual si el ambiente es adecuado</td> <td data-bbox="495 636 627 737">2-Sustancialmente comprometido</td> <td data-bbox="646 636 860 737">4-Levemente comprometido</td> <td data-bbox="929 636 1052 737">2 meses</td> </tr> </tbody> </table>		<i>Estado en el momento de la intervención</i>	<i>Estado al final del plan</i>	<i>Tiempo de actuación</i>	Indicador 1: Consigue la excitación sexual	2-Sustancialmente comprometido	4-Levemente comprometido	2 meses	Indicador 2: Expresa interés sexual	3- Medianamente comprometido	5- No comprometido	2 meses	Indicador 3: Expresa voluntad sexual	3-Medianamente comprometido	5-No comprometido	2 meses	Indicador 4: Realiza la actividad sexual si el ambiente es adecuado	2-Sustancialmente comprometido	4-Levemente comprometido	2 meses	<p><i>Evidencia disponible:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Mosack V, Hill TJ, Steinke EE. Predictors of change in sexual activity after cardiac diagnosis: Elements to inform sexual counseling. J Health Psychol [Internet]. 2017;22(7):925-931. Disponible en http://dx.doi.org/10.1177/1359105315619026. – Sandoval-Morillo Y, Lastrera-Obregón H, Espinoza-Saravia S, Torres-Deza C. Relación entre nivel de conocimiento sobre factores de riesgo cardiovascular y conducta de riesgo cardiovascular referida por las enfermeras. Rev Enferm Hered [Internet]. 2015;8(1):3. Disponible en http://dx.doi.org/10.20453/renh.2015.2535.
	<i>Estado en el momento de la intervención</i>	<i>Estado al final del plan</i>	<i>Tiempo de actuación</i>																			
Indicador 1: Consigue la excitación sexual	2-Sustancialmente comprometido	4-Levemente comprometido	2 meses																			
Indicador 2: Expresa interés sexual	3- Medianamente comprometido	5- No comprometido	2 meses																			
Indicador 3: Expresa voluntad sexual	3-Medianamente comprometido	5-No comprometido	2 meses																			
Indicador 4: Realiza la actividad sexual si el ambiente es adecuado	2-Sustancialmente comprometido	4-Levemente comprometido	2 meses																			
<p>NIC 5248 Asesoramiento sexual</p>	<p><i>Actividades:</i> Animar al paciente a manifestar verbalmente los miedos y a hacer preguntas. Incluir a la esposa en el asesoramiento lo máximo posible, si es el caso. Incluir juguetes de tipo sexual durante el acto para fomentar la estimulación y el aumento del deseo. Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y discuta sus inquietudes.</p>	<p><i>Evidencia disponible:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Erden S, Kaya H. Sexual dysfunction and anxiety levels of type 2 male diabetics. Appl Nurs Res [Internet]. 2015;28(3):239-243. Disponible en http://dx.doi.org/10.1016/j.apnr.2015.04.014. 																				
<p>NIC 5400 Potenciación de la autoestima</p>	<p><i>Actividades:</i> Animar al paciente a identificar sus virtudes. Ayudar a reexaminar las percepciones negativas que tiene sobre sí mismo y sobre la vivencia de sexualidad. Facilitar o recomendar un ambiente y actividades que aumenten la autoestima. Explorar los eventos sexuales anteriores que han sido solucionados con éxito.</p>	<p><i>Evidencia disponible:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Erden S, Kaya H. Sexual dysfunction and anxiety levels of type 2 male diabetics. Appl Nurs Res [Internet]. 2015;28(3):239-243. Disponible en http://dx.doi.org/10.1016/j.apnr.2015.04.014. 																				



CRONOLOGÍA DEL CASO

- 1.^a visita el 16 de septiembre de 2021: paciente acude a recoger agujas a la consulta y se realiza captación oportunista haciendo una revisión de su historia clínica objetivando una hemoglobina glicosilada (Hb1Ac) alterada, por lo que se decide citar de nuevo.
- 2.^a visita el 4 de octubre de 2021: toma de constantes vitales y realización de electrocardiograma. Se realiza valoración por patrones funcionales de Marjory Gordon. Y, a su vez, se comienza a trabajar sobre la teoría de rango medio (TRM).
- 3.^a visita el 26 de octubre de 2021: se incide sobre la planificación del plan de cuidados y se hace valoración del pie diabético.
- 4.^a visita el 30 de noviembre de 2021: evaluación de resultados.
- 5.^a visita el 28 de diciembre de 2021: realización de una retinografía programada y se vuelve a incidir sobre educación sanitaria.

SITUACIÓN ACTUAL

Actualmente, tras nuestra intervención se ha conseguido que el paciente disminuya su peso corporal en 2 kg y, por tanto, también su IMC a 33,29 kg/m².

Se ha conseguido un mayor control de sus cifras de glucemia con respecto a cuando empezamos a tratar con R.A.B.V. que también ha afectado de forma favorable a su hemoglobina glicosilada, que disminuyó aproximadamente en 2 puntos (8, 66%).

El propio paciente expresa tener menos sensación de estreñimiento y estar haciendo, aproximadamente, 4 deposiciones a la semana. Al mismo tiempo, refiere tras todo esto una mayor satisfacción en su vida sexual con su pareja.

RECIBIDO: 10-1-2022; ACEPTADO: 20-1-2022



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BULECHEK, G.M., BUTCHER, H.K. y DOCHTERMAN, J.M. *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. 6.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2013.
- DEL GALLEGO LASTRA, R., GÓMEZ, J.D. y ROMERO, M.L. *Metodología Enfermera. Lenguajes Estandarizados*. Facultad de Enfermería Universidad Complutense de Madrid; 2015. 40 p.
- DIABETES Y VIDA SALUDABLE [Internet]. [Www3.gobiernodecanarias.org](http://www3.gobiernodecanarias.org). 2022 [consultado el 19/1/2022]. Disponible en <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenido-Generico.jsp?idDocument=5bfdcc15-83a5-11e5-90da-cf3b644f409a&idCarpeta=7e922394-a9a4-11dd-b574-dd4e320f085c#0>.
- FEARON-LYNCH, J. y STOVER, C. *A Middle-Range Theory for Diabetes Self-management Mastery. Advances in Nursing Science* [Internet]. 2015; 38(4): 330-346. Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26322469/>.
- GORDON, M. En Gordon M. *Diagnóstico enfermero. Proceso y aplicación*. Madrid: Mosby/Doyma. 1996; 74-109.
- KAUTZ, D., KUIPER, R., PESUT, D. y WILLIAMS, R. «Using NANDA, NIC and NOC (NNN) language for clinical reasoning with the Outcome-Present State-Test (OPT) model». *Int J Nurs Term & Clas*. 2006; 17 (3): 129-138.
- MOORHEAD, S., JOHNSON, M. y MAAS, M.L., Swanson E. *Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC)*. 5.ª ed. Barcelona: Elsevier; 2013.
- UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA-CAS. Central Authentication Service [Internet]. [Www-nnnconsult-com.accedys2.bbtck.ull.es](http://www-nnnconsult-com.accedys2.bbtck.ull.es). 2022 [consultado el 19/1/2022]. Disponible en <https://www-nnnconsult-com.accedys2.bbtck.ull.es/nanda>.



¿QUÉ DEBO HACER?

Rocío García Rodríguez*, Patricia de Paz Pérez*,
Yurena Herrera Luis**, Zuleika Bobadilla Hernández**

RESUMEN

Las enfermedades crónicas demandan un cuidado continuo con enfoque en el método clínico centrado en la persona, que incluye una relación terapéutica basada en un ambiente de confianza. La enfermera de Atención Primaria tiene una posición privilegiada para promover estilos de vida saludables y mejorar la calidad de vida del paciente mediante apoyo psicosocial y empatía. El señor J.J. es un paciente pluripatológico y polimedicado, de 61 años, que, tras dos amputaciones previas de dedos de miembro inferior izquierdo, presenta una úlcera mal perforante plantar en la base del quinto metatarsiano de dicho pie. Ante esta situación, se le propone una nueva amputación, provocando un conflicto de decisiones. Gracias a las novedades en el uso de herramientas para la valoración enfermera, se realizó un plan de cuidados aplicando un lenguaje estandarizado a través de la taxonomía NANDA-I, NOC y NIC, con intervenciones basadas en la evidencia.

PALABRAS CLAVE: diabetes mellitus tipo II, amputación, manejo del caso, enfermería en salud comunitaria.

WHAT SHOULD I DO?

ABSTRACT

Psychosocial support and empathy are a priority intervention in patients with complications of chronic diseases. The primary care nurse has a privileged position to improve the quality of life of those people, who even based on an environment of trust, can achieve healthy lifestyles in the patient. Mr. J.J. is a 61-year-old polypharmaceutical and polypathological patient who, after two previous amputations of two left lower limbs, presents a poorly perforating plantar ulcer at the base of the fifth metatarsal of said foot. After having dealt with this situation, a new amputation has inevitably taken place, which has caused a conflict of decisions. Thanks to the novelties in the use of tools for nursing assessment, a care plan was carried out applying a standardized language through the NANDA-I, NOC and NIC taxonomy, with evidence-based intervention.

KEYWORDS: type II diabetes mellitus, amputation, case management, community health nursing.



INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus (DM) es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no secreta suficiente insulina o cuando el organismo no es capaz de utilizar eficazmente la insulina que produce. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia, que, con el tiempo, puede llegar a dañar gravemente muchos órganos y sistemas, sobre todo los nervios y los vasos sanguíneos, afectando a la calidad de vida de las personas que la padecen y disminuyendo su esperanza de vida (OMS, 2021).

Existen tres clases de diabetes:

- La diabetes tipo 1 está caracterizada por la producción deficiente de insulina.
- La diabetes tipo 2 se debe a una alteración en la secreción y/o en la acción de la insulina en el organismo. La gran mayoría de estos casos se deben al exceso de peso y a la falta de actividad física.
- Diabetes gestacional (OMS, 2021).

A lo largo de estos últimos años el número de personas con DM se ha ido incrementando, llegando a pasar de 285 millones de personas en 2009 a 463 millones en 2019, o lo que es lo mismo, que el 9,3% de los adultos de entre 20 y 79 años tienen diabetes. Las previsiones para 2045 hablan de alcanzar los 700 millones de afectados (Gobierno de Canarias, 2021). De los 463 millones de personas que padecen DM, entre el 85 y el 95% presentan DM2, mientras que entre el 5 y el 10% se corresponde con DM1 (Gobierno de Canarias, 2021).

En Canarias la prevalencia de la DM es superior a la media nacional (Gobierno de Canarias, 2021). En el año 2011 el número de personas afectadas por la DM2 en Canarias era un total de 142 557 personas mientras que, en el año 2018, esta cifra ascendía a 168 011 de personas, mostrando una prevalencia del 7,90% (Gobierno de Canarias, 2021).

Una de las complicaciones de la DM son las amputaciones de MMII, siendo actualmente la primera causa de amputación no traumática de miembros inferiores. Según datos del Servicio de Calidad Asistencial y Sistemas de Información del Servicio Canario de la Salud, hay un crecimiento progresivo en el número de personas con amputación de miembros inferiores pasando de 364 en 2010 a 444 en 2015 (Gobierno de Canarias, 2017).

* Enfermera residente de primer año en Atención Familiar y Comunitaria. Unidad Docente Multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria Tenerife-II Norte. Gerencia de Atención Primaria de Tenerife. Dirección de contacto: rociogr.efyclalaguna@gmail.com, patriciapp.efyclalaguna@gmail.com.

** Tutora clínica de Atención Primaria de Equipo de la Zona Básica de Salud Laguna San Benito. Gerencia de Atención Primaria de Tenerife.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

El Sr. J.J. es un paciente varón de 61 años, que acude a consulta de Atención Primaria para solicitar ayuda tras nueva úlcera en la base del quinto metatarsiano del pie izquierdo.

No padece alergias medicamentosas conocidas, tiene el calendario vacunal completo y entre sus problemas de salud fundamentales destacan: isquemia crónica vascular periférica, diabetes mellitus tipo 2, hipercolesterolemia pura, hipertrofia ventricular izquierda, angina inestable, deterioro de la integridad cutánea (tras padecer dos amputaciones previas del segundo y tercer metatarsiano del pie izquierdo), pie diabético y retinopatía diabética.

El tratamiento farmacológico habitual es: Adiro 100 mg, Alprazolam 0,5 mg, Apidra Solostar 100 mg, Ateroger 20 mg, Empagliflozina 10 mg, Omeprazol 10 mg, Procolaran 7,5 mg.

Acude a citas con especialistas hospitalarios: cirujano vascular, endocrino, cardiólogo y oftalmólogo.

Entre sus hábitos se encuentra: exfumador desde hace 3 años, bebedor ocasional, no consumo de otras drogas, parcialmente activo.

Sus valores antropométricos son IMC 28.09, una hemoglobina glicosilada de 8,3% y un colesterol total de 230 mg/dl.

En agosto de 2020 acude a Atención Primaria por la aparición de una nueva úlcera mal perforante plantar y fue remitido a cirugía vascular de manera urgente por mala evolución.

Tras permanecer ingresado en vascular a lo largo de un mes, dicho especialista propone amputación en noviembre de 2020. Sin embargo, el paciente lo rechaza y solicita una segunda opinión en Gran Canaria en enero de 2021. Este especialista realiza la misma propuesta de tratamiento y el paciente la rechaza nuevamente acudiendo a finales de enero de 2021 a su enfermera de Atención Primaria para mantener una pauta más conservadora, mediante curas mantenidas en el tiempo.

A lo largo de este periodo, el paciente entra en un conflicto de decisiones que le genera un desajuste en varios aspectos de su salud, que se verá resuelto a lo largo de los meses.

TEORÍA DE RANGO MEDIO

La teoría de rango medio utilizada para facilitar la comprensión de este caso clínico es la teoría de la Trayectoria de la Enfermedad, desarrollada por Carolyn L. Wiener y Marilyn J. Dodd.

La trayectoria de la enfermedad se entiende como una organización global del trabajo realizado a lo largo de la enfermedad, junto con el impacto que las consecuencias de la enfermedad y su trabajo producen en las vidas de las personas involucradas (entendiéndose dichas personas como el paciente, la familia y los profesionales de la salud).



El objetivo de esta teoría es proporcionar un marco para explicar cómo afrontar la incertidumbre a través de la trayectoria de la enfermedad en pacientes crónicos.

La biografía se define como el «curso de la vida» en el sentido en el que la vida evoluciona en torno a un flujo continuo de experiencias que dan como resultado una entidad única. Por el contrario, estar enfermo es una interrupción de la vida normal, alterando todos los aspectos de la vida, como son: el funcionamiento fisiológico, las interacciones sociales y las concepciones del yo.

Esta teoría defiende que existen tres elementos que deben trabajar juntos en todo momento para dar estructura y continuidad a quien uno es. Estos elementos son cuerpo, identidad y temporalidad.

- Identidad: es la concepción de uno mismo en un momento determinado, que unifica múltiples aspectos de uno mismo y se sitúa en el cuerpo.
- Temporalidad: es el momento biográfico reflejado en el flujo continuo de acontecimientos del curso de la vida. Las percepciones del pasado, presente y posiblemente futuro se entremezclan en la apreciación de uno mismo.
- Cuerpo: las actividades de la vida y las percepciones se basan en el cuerpo.

Cuando aparece una enfermedad, estos tres elementos mencionados anteriormente se modifican y pasan a ser: un cuerpo incierto, una identidad incierta y una temporalidad incierta. Provocando todo ello una pérdida de control de la situación y la aparición de la incertidumbre.

El caso que estamos desarrollando trata de un paciente crónico complejo que acudió a lo largo de un año únicamente para algunos controles de salud. Un día acude a consulta por la aparición de una úlcera mal perforante plantar en la base del quinto metatarsiano y aparecen los tres elementos de la teoría alterados:

Reflejaba la temporalidad incierta mediante preguntas como «¿cuánto tiempo tardaré en volver a recuperarme?», el cuerpo incierto con preocupaciones como «ahora no podré salir a pescar con lo que me gusta» y la identidad incierta con planteamientos como «si estoy bien, ¿por qué tengo que volver a pasar por esta situación?» (Wiedner y Dood, 1993).

VALORACIÓN GENERAL

Una herramienta de gran utilidad para realizar la valoración del paciente es mediante los patrones funcionales de salud (PFS) de Marjory Gordon. Facilita la detección del cambio en el estado de salud del Sr. J.J., así como sus necesidades de cuidado a lo largo del tiempo.

Valorar los patrones en un primer momento y revalorar en las sucesivas visitas permitió diferenciar entre patrón alterado (A), riesgo de alteración del patrón (RA) y patrón normal (N).

Se comienza a recoger datos para proceder a la valoración en septiembre de 2020, hasta la actualidad, para así facilitar la comprensión de la situación del paciente, sus vivencias expectativas y necesidades.



En la tabla 1 se muestran los resultados de la evolución de los patrones alterados o en riesgo de alteración a lo largo del periodo descrito, así como los factores que determinan su resultado. El patrón tres y el ocho no se recogen en esta tabla por ser ambos funcionales.

TABLA 1: VALORACIÓN POR PATRONES DE SALUD DE M. GORDON EN LOS QUE SE IDENTIFICÓ ALTERACIÓN DEL PATRÓN				
PATRÓN FECHA	SEPTIEMBRE 2020	AGOSTO 2021	OCTUBRE 2021	ACTUALIDAD
1. Percepción y manejo de la salud	Bebedor ocasional. Parcialmente activo. Percepción del estado de salud: MALA.	Bebedor ocasional. Parcialmente activo. Percepción del estado de salud: REGULAR.	Bebedor ocasional. Parcialmente activo. Percepción del estado de salud: REGULAR.	Bebedor ocasional. Parcialmente activo. Percepción del estado de salud: BUENA.
Resultado	A	RA	RA	N
2. Nutricional-metabólico	No dieta especial. Apetito disminuido. Úlcera mal perforante plantar.	Dieta hiposódica y baja en grasas saturadas. Apetito normal. Úlcera mal perforante plantar.	Dieta hiposódica y baja en grasas saturadas. Apetito normal. Úlcera mal perforante plantar.	Dieta hiposódica y baja en grasas saturadas. Apetito normal. No úlcera.
Resultado	A	A	A	RA
4. Actividad-ejercicio	Movilidad con un zapato ortopédico. Ocio alterado (pesca). Independiente para ABVD y AIVD.	Movilidad con un zapato ortopédico. Ocio alterado (pesca). Independiente para ABVD y AIVD.	Movilidad con un zapato ortopédico. Ocio alterado (pesca). Independiente para ABVD y AIVD.	Calzado apropiado para pie diabético. Independiente para ABVD y AIVD.
Resultado	RA	RA	RA	N
5. Sueño-descanso	Insomnio de conciliación. Nivel de energía no satisfactorio. Relaciona sus problemas con el sueño.	No insomnio. Nivel de energía satisfactorio.	No insomnio. Nivel de energía satisfactorio.	No insomnio. Nivel de energía satisfactorio.
Resultado	A	N	N	N
6. Cognitivo-perceptivo	Retinopatía diabética.	Retinopatía diabética.	Retinopatía diabética.	Retinopatía diabética.
Resultado	A	A	A	A
7. Autocontrol-autoconcepto	Ansiedad y estrés manifestado. Temor por la amputación. Conflicto de decisiones.	Incertidumbre hasta la visita con vascular en octubre. Dispuesto a mejorar su situación.	Satisfecho consigo mismo.	Satisfecho consigo mismo.
Resultado	A	RA	N	N



9. Sexualidad-reproducción	No relaciones sexuales con su mujer. Relaciona sus problemas de salud con la falta de deseo sexual.	Mantiene relaciones sexuales satisfactorias. Vive positivamente su sexualidad.	Mantiene relaciones sexuales satisfactorias. Vive positivamente su sexualidad.	Mantiene relaciones sexuales satisfactorias. Vive positivamente su sexualidad.
Resultado	A	N	N	N
10. Adaptación-tolerancia al estrés	Ansiedad y estrés por el conflicto de decisiones.	Adaptado a su decisión y buen manejo del estrés Incertidumbre.	Satisfecho con la decisión elegida.	Satisfecho con la decisión elegida.
Resultado	A	RA	N	N
11. Valores-creencias	Preocupación y temor por una nueva amputación. Considera mejor mantener una pauta de curas.	Pese a continuar con las curas teme la decisión final del cirujano vascular en octubre.	No quiere volver a pasar por la misma situación y se implica en su autocuidado.	Paciente empoderado.
Resultado	A	A	RA	N

De manera visual, se puede establecer una relación temporal entre la alteración de los patrones y la situación causada por el conflicto de decisiones (alteración del sueño, ansiedad, disfunción sexual, falta de apetito, etc.) hasta su resolución.

Para describir mejor el patrón 8 (Rol-relaciones), se realizó un genograma del paciente para valorar el contexto sociofamiliar en el que vive y analizar cómo era la relación con sus familiares.

Nos encontramos ante una familia reconstituida con parientes próximos, J.J. es el mediano de tres hermanas y cuyos padres fallecieron. Se encuentra muy unido a su hermana mayor de 65 años y tiene una relación muy estrecha con su cuñado.

Además, refiere tener una buena relación con su hermana menor de 58 años, sin embargo, tiene una relación distante con su cuñado por el problema de alcoholismo que padece.

J.J. convive con los hijos de su mujer y su mujer, de la cual refiere estar profundamente enamorado. Además, comenta tener buena relación con los hijos de su mujer (ilustración 1)

En cuanto a las características de la vivienda, es una casa de una sola planta y presenta como única barrera arquitectónica un baño con bañera. Cuenta con un buen apoyo familiar y como recurso externo una pensión de jubilación.

Según la escala de la versión española de Holmes y Rahe para valorar los acontecimientos vitales estresantes, en el momento de aparición de la úlcera le aparecen diferentes cambios en su vida.

Enfermedad prolongada que requiere tratamiento médico (73), dificultades sexuales (67), retiro laboral (58), cambio en el ritmo del sueño (43), problemas con familiares que no conviven en la casa familiar (40), cambio de costumbres personales (de salir, de vestir, de estilo de vida, etc.) (40), cambio en las costumbres alimentari-

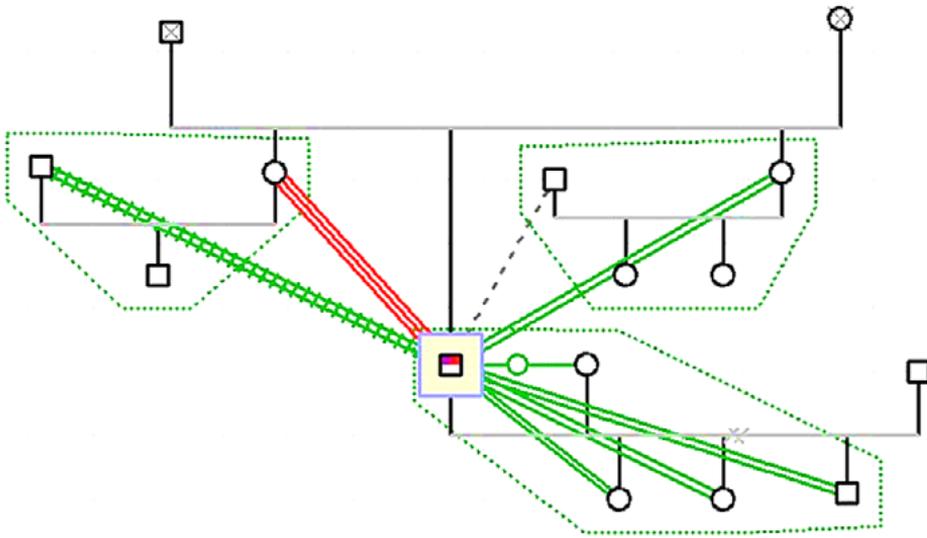


Ilustración 1: Genograma.

cias o apetito (39), obteniendo una puntuación total de 360 (González de Rivera y Revuelta *et al.*, 1983). Se entiende que una puntuación mayor de 300 está asociada a un estrés que afecta a la salud, por lo tanto, nos encontramos ante un paciente que está muy condicionado por el estrés al que está sometido.

DIAGNÓSTICO

En relación con los resultados de disfuncionalidad en la valoración por patrones se distinguieron una serie de hipótesis diagnósticas, como son: insomnio, deterioro de la integridad cutánea, disminución de la implicación en actividades recreativas, impotencia, riesgo de baja autoestima, disposición para mejorar el afrontamiento, disposición para mejorar el sueño, disposición para mejorar el autoconcepto, riesgo de nivel de glucemia inestable, disposición para mejorar el confort, disposición para mejorar la toma de decisiones, disposición para mejorar la esperanza, descuido personal, perfusión tisular periférica ineficaz, sobrepeso, autogestión ineficaz de la salud, riesgo de síndrome metabólico, disminución de la tolerancia a la actividad, riesgo de caídas en el adulto y lesión por presión en el adulto.

Aplicando el método área seleccionamos desde un enfoque biopsicosocial los siguientes diagnósticos principales (Herdman *et al.*, 2021):

- 00046 Deterioro de la integridad cutánea R/C presión sobre prominencia ósea e índice de masa corporal por encima del rango normal según la edad y el sexo M/P interrupción de la superficie de la piel y sequedad de piel.



- 00083 Conflicto de decisiones R/C conflicto con la obligación moral y percepción de amenaza al sistema de valores M/P retraso en la toma de decisiones, expresa malestar durante la toma de decisiones, reconoce las consecuencias no deseadas de las acciones potenciales e informa de incertidumbre sobre las opciones.
- 00158 Disposición para mejorar el afrontamiento M/P expresa deseo de mejorar el conocimiento sobre las estrategias de gestión del estrés, expresa deseo de mejorar la gestión de los factores estresantes, expresa deseo de mejorar el uso de estrategias orientadas a las emociones y expresa deseo de mejorar el uso de estrategias orientadas a los problemas.
- 00276 Autogestión ineficaz de la salud R/C conflicto entre las creencias espirituales y el régimen terapéutico, disminución de la percepción de la calidad de vida, dificultad en la toma de decisiones, sentimientos negativos hacia el régimen terapéutico y percepción no realista de la gravedad de la situación M/P fracaso al emprender acciones para reducir los factores de riesgo, falta de atención a los signos de enfermedad, falta de atención a los síntomas de enfermedad y decisiones ineficaces en la vida diaria para alcanzar los objetivos de salud.

PLANIFICACIÓN Y EJECUCIÓN DE LOS CUIDADOS

A la hora de seleccionar las intervenciones enfermeras (NIC) se realizó una búsqueda en el libro *Nursing Diagnosis Handbook* (Ackley *et al.*, 2020), que contaban con alta evidencia científica y se adecuaba a las necesidades del paciente para alcanzar los objetivos planteados (NOC) del plan de cuidados para el Sr. J.J.

En las tablas 2, 3, 4 y 5 se representarán dichos NOC (Moorhead *et al.*, 2019) y NIC (Butcher *et al.*, 2019) junto con los diagnósticos principales.



TABLA 2. PLAN DE CUIDADOS PARA DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA

<p>NANDA 00046 Deterioro de la integridad cutánea</p>	<p><i>Factores relacionados</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Presión sobre prominencia ósea. – Índice de masa corporal por encima del rango normal según la edad y el sexo. 	<p><i>Características definitorias</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Interrupción de la superficie de la piel. – Sequedad de piel. 	
<p>NOC 1103 Curación de la herida: por segunda intención</p>	<p><i>Definición:</i> Magnitud de regeneración de células y tejidos en una herida abierta.</p>	<p>Puntuación inicial</p>	<p>Puntuación final</p>
	<p>Indicador 1: Secreción serosa</p>	<p>3- Moderada</p>	<p>5- Ninguna</p>
	<p>Indicador 2: Excavación</p>	<p>3- Moderada</p>	<p>5- Ninguna</p>
	<p>Indicador 3: Formación de cicatriz</p>	<p>2- Escaso</p>	<p>5- Extenso</p>
	<p>Indicador 4: Disminución del tamaño de la herida</p>	<p>2- Escaso</p>	<p>5- Extenso</p>
<p>NIC 3660 Cuidados de las heridas</p>	<p><i>Actividades:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Medir el lecho de la herida, según corresponda. Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida. – Enseñar al paciente y a la familia los signos y síntomas de infección. – Documentar la localización, el tamaño y el aspecto de la herida. 	<p>¿Qué dice la evidencia? «La inspección sistemática puede identificar problemas de manera temprana (NPUAP/EPUAP, 2014; Baranoski & Ayello, 2016)». «Elija apósitos que proporcionen un ambiente húmedo, mantengan seca la piel perilesional, controlen exudado y eliminen el espacio muerto (NPUAP y EPUAP, 2014)». «Las investigaciones sugirieron que el masaje puede provocar trauma en los tejidos profundos (NPUAP y EPUAP, 2014)». «Es necesario optimizar la ingesta nutricional, incluidas las calorías, los ácidos grasos, las proteínas y las vitaminas, para promover la cicatrización de heridas (NPUAP y EPUAP, 2014)»</p>	



TABLA 3. PLAN DE CUIDADOS PARA CONFLICTO DE DECISIONES

<p>NANDA 00083 Conflicto de decisiones</p>	<p><i>Factores relacionados</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Conflicto con la obligación moral. - Percepción de amenaza al sistema de valores. 	<p><i>Características definitorias</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Retraso en la toma de decisiones. - Expresa malestar durante la toma de decisiones. - Reconoce las consecuencias no deseadas de las acciones potenciales. - Informa de incertidumbre sobre las opciones. 	
<p>NOC 1614 Autonomía personal</p>	<p><i>Definición:</i> Acciones personales de un individuo competente para controlar las decisiones vitales.</p>	<p>Puntuación inicial</p>	<p>Puntuación final</p>
	<p>Indicador 1: Muestra independencia en el proceso de toma de decisiones.</p>	<p>4- Levemente comprometido</p>	<p>5- No comprometido</p>
	<p>Indicador 2: Toma decisiones libre de la presión indebida del servicio sanitario.</p>	<p>4- Frecuentemente demostrado</p>	<p>5- Siempre demostrado</p>
	<p>Indicador 3: Afirma las preferencias personales.</p>	<p>4- Frecuentemente demostrado</p>	<p>5- Siempre demostrado</p>
	<p>Indicador 4: Participa en las decisiones de los cuidados de salud.</p>	<p>4- Frecuentemente demostrado</p>	<p>5- Siempre demostrado</p>
	<p>Indicador 5: Expresa satisfacción con las elecciones de la vida.</p>	<p>3- A veces demostrado</p>	<p>5- Siempre demostrado</p>
<p>NIC 5270 Apoyo emocional</p>	<p><i>Actividades:</i> Comentar la experiencia emocional con el paciente. Explorar con el paciente qué ha desencadenado las emociones. Realizar afirmaciones empáticas o de apoyo. Ayudar al paciente a reconocer sentimientos tales como la ansiedad, ira o tristeza. Animar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza. Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias. Facilitar la identificación por parte del paciente del patrón habitual de afrontamiento de los temores. Proporcionar ayuda en la toma de decisiones.</p>		<p>¿Qué dice la evidencia? Observe los factores que causan o contribuyen al conflicto (por ejemplo, conflicto de valores, miedo a los resultados, habilidades deficientes para resolver problemas). «Al estudiar clientes con cáncer de próstata, evaluaron las diferencias entre cuatro grupos de tratamiento y preguntaron sobre la toma de decisiones (Hoffman <i>et al.</i> 2018)». Evaluar la influencia de creencias, normas y valores culturales en el conflicto de la toma de decisiones del paciente. «Un estudio de parejas sometidas a asesoramiento genético encontró factores asociados con el conflicto durante la toma de decisiones incluían costumbres culturales, edad, estado emocional, creencias religiosas. Brindar apoyo para la toma de decisiones del paciente (Schoeffel <i>et al.</i>, 2018)».</p>
<p>NIC 5820 Disminución de la ansiedad</p>	<p><i>Actividades:</i> Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante. Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico. Permanecer con el paciente para promover la seguridad y reducir el miedo. Escuchar con atención. Crear un ambiente que facilite la confianza. Animar la manifestación de sentimientos, percepciones y miedos. Identificar los cambios en el nivel de ansiedad. Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.</p>		



TABLA 4. PLAN DE CUIDADOS PARA DISPOSICIÓN PARA MEJORAR EL AFRONTAMIENTO

<p>NANDA: [00158] Disposición para mejorar el afrontamiento</p>	<p><i>Características definitorias</i> Expresa deseo de mejorar el conocimiento sobre las estrategias de gestión del estrés Expresa deseo de mejorar la gestión de los factores estresantes Expresa deseo de mejorar el uso de estrategias orientadas a las emociones Expresa deseo de mejorar el uso de estrategias orientadas a los problemas</p>		
<p>NOC 0906 Toma de decisiones</p>	<p><i>Definición:</i> Capacidad para realizar juicios y escoger entre dos o más alternativas.</p>	<p>Puntuación inicial</p>	<p>Puntuación final</p>
	<p>Indicador 1: Identifica alternativas</p>	<p>3- moderadamente comprometido</p>	<p>5- No comprometido</p>
	<p>Indicador 2: Identifica las consecuencias posibles de cada alternativa</p>	<p>3- moderadamente comprometido</p>	<p>5- No comprometido</p>
	<p>Indicador 3: Compara alternativas</p>	<p>4- Levemente comprometido</p>	<p>5- No comprometido</p>
<p>NIC 5250 Apoyo en la toma de decisiones</p>	<p><i>Actividades:</i> Determinar si hay diferencias entre el punto de vista del paciente y de los profesionales sanitarios sobre la afección del paciente. Ayudar al paciente a identificar las ventajas e inconvenientes de cada alternativa. Facilitar la toma de decisiones en colaboración. Ayudar al paciente a aclarar los valores y expectativas que pueden ayudar a tomar decisiones vitales fundamentales. Proporcionar la información solicitada por el paciente. Servir de enlace entre el paciente y otros profesionales sanitarios.</p>	<p>¿Qué dice la evidencia? Estar presente física y emocionalmente para el paciente mientras utiliza una variedad de técnicas de comunicación terapéutica. «Empatía, escucha activa y usos del silencio entre los aspectos terapéuticos, son necesarios los enfoques de comunicación para implementar la presencia y mejorar los resultados del paciente (Stockmann <i>et al.</i>, 2016)». Capacite al paciente para que fije metas realistas y se involucre en la resolución de problemas. «En un ensayo de control aleatorio que evaluó la eficacia de un programa de Oncology Nurse Navigator, durante el tratamiento temprano, los investigadores describieron la intervención que incluyó el uso de entrevistas motivacionales y de resolución de problemas en la provisión de apoyo psicosocial (Horner <i>et al.</i>, 2013)».</p>	



TABLA 5. PLAN DE CUIDADOS PARA AUTOGESTIÓN INEFICAZ DE LA SALUD

<p>NANDA 00276 Autogestión ineficaz de la salud</p>	<p><i>Factores relacionados</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Conflicto entre las creencias espirituales y el régimen terapéutico – Disminución de la percepción de la calidad de vida – Dificultad en la toma de decisiones – Sentimientos negativos hacia el régimen terapéutico – Percepción no realista de la gravedad de la situación 	<p><i>Características definitorias</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – Fracaso al emprender acciones para reducir los factores de riesgo – Falta de atención a los signos de enfermedad – Falta de atención a los síntomas de enfermedad – Decisiones ineficaces en la vida diaria para alcanzar los objetivos de salud 												
<p>NOC 1705 Orientación sobre la salud</p>	<p><i>Definición:</i> Acuerdo personal para conductas de salud como prioridades del estilo de vida.</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="728 407 895 495">Puntuación inicial</th> <th data-bbox="895 407 1123 495">Puntuación final</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="728 495 895 557">Indicador 1: Se centra en la prevención de la enfermedad</td> <td data-bbox="895 495 1123 557">2- Débil 4- Intenso</td> </tr> <tr> <td data-bbox="728 557 895 619">Indicador 2: Se centra en la adaptación a las situaciones de la vida</td> <td data-bbox="895 557 1123 619">2- Débil 4- Intenso</td> </tr> <tr> <td data-bbox="728 619 895 698">Indicador 3: Percibe que la salud es una prioridad importante a la hora de tomar decisiones sobre el estilo de vida</td> <td data-bbox="895 619 1123 698">2- Débil 4- Intenso</td> </tr> <tr> <td data-bbox="728 698 895 760">Indicador 4: Se centra en obtener información fiable</td> <td data-bbox="895 698 1123 760">2- Débil 4- Intenso</td> </tr> <tr> <td data-bbox="728 760 895 818">Indicador 5: Se centra en tener una actitud positiva hacia la salud</td> <td data-bbox="895 760 1123 818">2- Débil 4- Intenso</td> </tr> </tbody> </table>	Puntuación inicial	Puntuación final	Indicador 1: Se centra en la prevención de la enfermedad	2- Débil 4- Intenso	Indicador 2: Se centra en la adaptación a las situaciones de la vida	2- Débil 4- Intenso	Indicador 3: Percibe que la salud es una prioridad importante a la hora de tomar decisiones sobre el estilo de vida	2- Débil 4- Intenso	Indicador 4: Se centra en obtener información fiable	2- Débil 4- Intenso	Indicador 5: Se centra en tener una actitud positiva hacia la salud	2- Débil 4- Intenso
Puntuación inicial	Puntuación final													
Indicador 1: Se centra en la prevención de la enfermedad	2- Débil 4- Intenso													
Indicador 2: Se centra en la adaptación a las situaciones de la vida	2- Débil 4- Intenso													
Indicador 3: Percibe que la salud es una prioridad importante a la hora de tomar decisiones sobre el estilo de vida	2- Débil 4- Intenso													
Indicador 4: Se centra en obtener información fiable	2- Débil 4- Intenso													
Indicador 5: Se centra en tener una actitud positiva hacia la salud	2- Débil 4- Intenso													
<p>NIC [5510] Educación para la salud</p>	<p><i>Actividades:</i></p> <p>Identificar los factores internos y externos que puedan mejorar o disminuir la motivación para seguir conductas saludables.</p> <p>Determinar el contexto personal y el historial sociocultural de la conducta sanitaria personal, familiar o comunitaria.</p> <p>Determinar el conocimiento sanitario actual y las conductas del estilo de vida de los individuos, familia o grupo diana.</p> <p>Priorizar las necesidades de aprendizaje identificadas en función de las preferencias del paciente, habilidades de la enfermera, recursos disponibles y probabilidades de éxito en la consecución de las metas.</p> <p>Formular los objetivos del programa de Educación para la salud.</p> <p>Planificar un seguimiento a largo plazo para reforzar la adaptación de estilos de vida y conductas saludables.</p>	<p>¿Qué dice la evidencia?</p> <p>Evalúe los sentimientos, valores y razones del cliente para no seguir el plan de atención prescrito. «Una revisión sistemática de 80 estudios determinó que las creencias y valores personales, las preferencias de control decisional y la percepción del proceso de toma de decisiones afectan a la toma de decisiones del tratamiento en adultos mayores (Tariman <i>et al.</i>, 2012)». Involucrar al paciente en la toma de decisiones compartida sobre el mantenimiento de la salud. «Un metaanálisis de 32 ensayos clínicos reveló que evaluar las preferencias del cliente e involucrarlo en la toma de decisiones compartida tuvo mayor adherencia, mayor satisfacción y mejores resultados (Lindhiem <i>et al.</i>, 2014)». Adapte tanto la información proporcionada como el método de entrega de la información al paciente y/o familia específicos. «Una revisión sistemática de 27 estudios relacionados con la adherencia a la medicación y los resultados de la diabetes no pudo identificar una intervención específica pero enfatizó la necesidad de adaptar las intervenciones para optimizar el manejo y mejorar los resultados (Williams <i>et al.</i>, 2014)».</p>												



EVOLUCIÓN Y SEGUIMIENTO

Para la ejecución de las intervenciones enfermeras seleccionadas, se programaron tres visitas semanales a la consulta de Atención Primaria.

Durante los meses de noviembre a febrero de 2021, nos centramos en el apoyo emocional basado en una escucha activa y en la empatía, para aumentar el empoderamiento del paciente a la hora de la resolución del conflicto para tomar la decisión de su tratamiento.

Realizamos técnicas de detección de la ansiedad y estrés, así como terapias de relajación como es, por ejemplo, el control de la respiración diafragmática. Aconsejamos acerca de la importancia de identificar sus sentimientos y emociones negativas, así como de su expresión.

Además, proporcionamos información de las ventajas e inconvenientes de ambas alternativas y ofrecimos acompañamiento a lo largo de todo el proceso.

Una vez que el paciente se decantó por la opción que creía más acertada, continuamos con tres visitas semanales en nuestra consulta, pero esta vez la centramos en establecer objetivos a corto plazo como fomentar los hábitos de vida saludables que creímos necesarios.

Para mejorar estos hábitos se le realizó un seguimiento alimenticio a lo largo de todo el proceso. Le pedimos al Sr. J.J. que nos entregara una tabla de todos los alimentos que ingería a lo largo del día durante toda la semana, y de esta manera valorar qué alimentos debía modificar y cuánta cantidad debía consumir. En un primer momento estas revisiones se realizaban en cada visita, pero en los últimos meses se redujo el seguimiento a una vez al mes.

En cuanto a la úlcera, le recomendamos un zapato ortopédico para aliviar la presión en la parte distal del pie, una vigilancia exhaustiva de las zonas con presión ósea, una buena limpieza de los pies e hidratación de la piel.

A lo largo de todo un año, se consiguió a base de pequeños objetivos alcanzar el empoderamiento del paciente, quien actualmente se encuentra en normopeso con un IMC (índice de masa corporal) de 24,9, una hemoglobina glicosilada de 5,8% y un colesterol total de 154 mg/dl.

Además, es capaz de controlar su ansiedad y estrés, así como afrontar la enfermedad de la mejor manera posible: adoptando unos hábitos de vida saludables.

DISCUSIÓN E IMPLICACIÓN PARA LA PRÁCTICA CLÍNICA

En el caso presentado, tal y como explica la teoría de rango medio utilizada, la trayectoria de la enfermedad es un proceso que se encuentra en constante cambio.

Se constató que la mejora en el estado de salud del Sr. J.J. fue alcanzada tras el seguimiento y las intervenciones realizadas a lo largo de un año. Fue prioritario el abordaje psicológico del paciente y establecer objetivos a corto y a largo plazo asumibles para el paciente, para así conseguir una mejoría en su estado de salud y calidad de vida. Gracias a ello, se consiguió la cicatrización de la herida, el buen manejo de la alimentación, percepción de mayor apoyo profesional por



parte de su equipo de Atención Primaria, alcanzando la satisfacción de las decisiones elegidas.

Mediante intervenciones de enfermería basadas en la evidencia científica centrada en el paciente, se favorece la atención individualizada, priorizando las necesidades, valores y preferencias de la persona. Su aplicación aumenta los beneficios del paciente y la eficacia de nuestra práctica enfermera.

Para establecer los diagnósticos enfermeros del paciente, se necesita realizar una valoración exhaustiva de la persona y su familia, identificando los problemas a través del área biopsicosocial con un razonamiento clínico oportuno. Los patrones funcionales de salud de M. Gordon junto a la teoría de rango medio aplicada son de utilidad para valorar el cambio del proceso salud-enfermedad a lo largo del tiempo.

El uso de la taxonomía NANDA- I, NOC y NIC favorece la presentación y gestión de casos, trabajando problemas de salud como deterioro de la integridad cutánea, conflicto de decisiones y autogestión ineficaz de la salud. Es necesaria la práctica de enfermería especializada en Atención Familiar y Comunitaria para desarrollar una planificación de cuidados que vaya más allá de la esfera biológica de los problemas de salud, centrándose en la esfera psicosocial del paciente.

FINANCIACIÓN

Ninguna.

CONFLICTO DE INTERESES

Ninguno.

RECIBIDO: 10-1-2022; ACEPTADO: 20-1-2022



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACKLEY, B.J. y LADWIG, G.B. *Nursing Diagnosis Handbook*. 12th ed. Elsevier, 2020.
- BUTCHER, H., BULECHEK, G., DOCHTERMAN, J. y WAGNER, C. (eds.). 2019. *Clasificación de intervenciones de Enfermería (NIC)* (7.ª ed.). Barcelona: Elsevier.
- GOBIERNO DE CANARIAS. *Guía de actuación Pie diabético en Canarias*. [Internet]. 2017. [Consultado el 18 de enero de 2022]. Disponible en <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/81a29c98-d053-11e7-836b-953b40afb30b/GuiaPieDiabetico.pdf>.
- GOBIERNO DE CANARIAS. *Prevención y abordaje de la diabetes. Si no es ahora, ¿cuándo?* [Internet]. 2021. [Consultado el 18 enero de 2022]. Disponible en <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=2a7c7621-3c2c-11ec-b429-55e901a7e-46f&idCarpeta=7e922394-a9a4-11dd-b574-dd4e320f085c>.
- GOBIERNO DE CANARIAS. *Estrategia de abordaje de la Diabetes Mellitus en Canarias*. [Internet]. 2021. [Consultado el 18 de enero de 2022]. Disponible en https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/6c77fa1a-3648-11ec-8f21-ff5af5b8eddd/4_PorqueEstrategiadeDiabetes.pdf.
- GONZALEZ DE RIVERA y REVUELTA, J.L. y MORERA FUMERA, A. *La valoración de suceso vitales: Adaptación española de la escala de Holmes y Rahe*. Psiquis, 1983.
- HERDMAN, T.H., KAMITSURU, S. y TAKÁO LOPES, C. (eds.). 2021. *NANDA International, Inc. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 2021-2023*. Duodécima edición. Barcelona: Elsevier.
- MOORHEAD, S., SWANSON, E., JOHNSON, M. y MASS, M. (eds.). 2019. *Clasificación de resultados de Enfermería (NOC)* (6.ª ed.). Barcelona: Elsevier.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). *Diabetes*. [Internet]. 2021. [Consultado el 18 de enero de 2022]. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>.
- WIEDNER, C. y DOOD, M. (1993). *Theory of Illness Trayectory en Raile Alligood, M.* (10th ed.). Nursing Theorists and their work (pp. 475-487). Elsevier, 2022.



A PROPÓSITO DE UN CASO: «MIRAR A TRAVÉS DE LAS HERIDAS»

Alba Rocío Siverio Díaz*, Samia Bellahmar Lkadiri*,
Ana María Rodríguez Piriano**

RESUMEN

Las personas con enfermedades crónicas que derivan en una situación de dependencia deben ser valoradas con un seguimiento más exhaustivo, pues presentan mayor vulnerabilidad a comorbilidades y complicaciones. Las lesiones asociadas a la dependencia (LAD), anteriormente englobadas bajo el nombre de úlceras por presión (UPP), son un problema muy prevalente en las personas con movilidad reducida. En 2014 el Grupo Nacional para el Estudio y Asesoramiento en Úlceras Por Presión y Heridas Crónicas (GNEAUPP) desarrolló una teoría de rango medio (TRM) para el análisis y el abordaje de estas lesiones haciendo hincapié en la etiología para un buen tratamiento. La TRM fue publicada bajo el título «Desarrollo de úlceras por presión y otras lesiones relacionadas con la dependencia» y ha sido empleada en el abordaje del caso clínico que se presenta.

PALABRAS CLAVE: lesión, dependencia, úlceras por presión.

ABOUT A CASE: "LOOKING THROUGH THE WOUNDS"

ABSTRACT

People with chronic diseases that lead to a situation of dependency should be assessed with a more exhaustive follow-up, because they are more vulnerable to comorbidities and complications. Dependence-Related Lesions (DRA), previously included under the name of pressure ulcers (PU), are a very prevalent problem in people with reduced mobility. In 2014, the National Group for the Study and Advice on Pressure Ulcers and Chronic Wounds (GNEAUPP) developed a Middle-Range Theory (MRT) for the analysis and approach of these lesions, emphasizing the etiology for good treatment. The MRT was published with the title A New Theoretical Model for the Development of PressureUlcers and Other Dependence-Related Lesions and has been used in the approach to the clinical case presented.

KEYWORDS: lesion, dependence, pressure ulcers.





Figura 1. Pirámide de Kaiser adaptada.

INTRODUCCIÓN

La OMS define las enfermedades crónicas como «aquellas enfermedades que presentan una larga duración (más de 6 meses) y una progresión lenta, no se transmiten de persona a persona y son consideradas, por lo tanto, como no transmisibles» (OMS, 2021).

Una de las herramientas utilizadas para gestionar a la población es el modelo de estratificación de riesgos de Kaiser (fig. 1). Este modelo se basa en el análisis y la organización de la población según su complejidad, así como las necesidades de atención que precisan, permitiendo el trazado de las estrategias de intervención más pertinentes para cada grupo (SCS, 2015).

El paciente que se presenta en este caso clínico es una persona con una situación de cronicidad en alto riesgo según el modelo de Kaiser. Por ello la gestión del caso requiere un abordaje interdisciplinar por su Unidad de Atención Familiar (UAF) y otros servicios como trabajo social y Unidades de Atención Especializada.

Desde una visión enfermera, este manuscrito propone una valoración holística contextualizada por una teoría de rango medio (TRM) y un plan de cuidados contrastado con la evidencia científica disponible.

* Residentes de Enfermería Familiar y Comunitaria Unidad Docente EFyC La Laguna, Tenerife.

** Enfermera. Tutora de la Unidad Docente EFyC y enfermera de Atención Primaria en el CS Los Realejos.

EPICRISIS

El protagonista del caso clínico es un paciente varón de 71 años. Dentro de los antecedentes de interés cabe destacar la esclerosis múltiple (diagnosticada en 2004), la anemia por déficit de vitamina B12, el estreñimiento, presenta una hernia discal cervical y una hernia de hiato, es exfumador y en la actualidad no presenta hábitos tóxicos. Se encuentra en tratamiento para la depresión y ha expresado con anterioridad ideación autolítica no estructurada. Es portador de talla vesical desde 2012.

Se encuentra en seguimiento por su UAF y la trabajadora social. Acude a revisiones con diferentes servicios de atención especializada, urología, psiquiatría, endocrino y neurología. En la actualidad se encuentra pendiente de revaloración por psicología.

El paciente está consciente y orientado en tiempo, espacio y persona y no se describen problemas de memoria. Presenta un mal afrontamiento de la enfermedad debido a las limitaciones funcionales que sufre, por ello demanda asistencia domiciliaria en múltiples ocasiones. Es dependiente para las Actividades Básicas y las Instrumentales de la Vida Diaria y debido a su limitación para el movimiento realiza vida cama-sillón. Refiere pérdida de apetito tras la aparición por primera vez de una lesión asociada a la dependencia. Se despierta en varias ocasiones durante la noche y se encuentra cansado durante el día. Refiere dolor agudo asociado a la lesión y dolores musculares puntuales ya conocidos. Tiene buen apoyo familiar. Vive con un cuidador informal contratado por su familia y cuenta con la asistencia domiciliaria ofertada por el ayuntamiento.

Actualmente, presenta una úlcera en zona glútea en seguimiento por su UAF. Este hecho ha provocado que se produzca una reagudización de sus episodios de ansiedad y depresión.

CONTEXTUALIZACIÓN TEÓRICA

Una de las herramientas utilizadas para la valoración del paciente ha sido la teoría de rango medio (TRM) española: «Desarrollo de úlceras por presión y otras lesiones relacionadas con la dependencia» (García Fernández *et al.*, 2014).

Esta teoría intenta responder a varios interrogantes relacionados con las UPP:

¿Todo lo que denominamos UPP, lo son? Si todas las lesiones comparten un mismo origen, la presión, ¿por qué las lesiones se presentan de formas diferentes? ¿Por qué existe tanta disonancia en el resultado tras un tratamiento común en heridas similares? ¿Por qué los mismos cuidados en unos pacientes han evitado que se desarrollen éstas y en otros no?

La respuesta fue dada por un panel de expertos formado por 18 enfermeras miembros de la GNAUPP que mediante la revisión de la literatura disponible concluyeron que no puede prevenirse ni tratarse algo cuya causa se desconoce. Es más, se podría agravar el problema si se aborda en base a un mecanismo etiológico cuando el responsable es otro o cuando participan más de uno. Por lo tanto, agru-



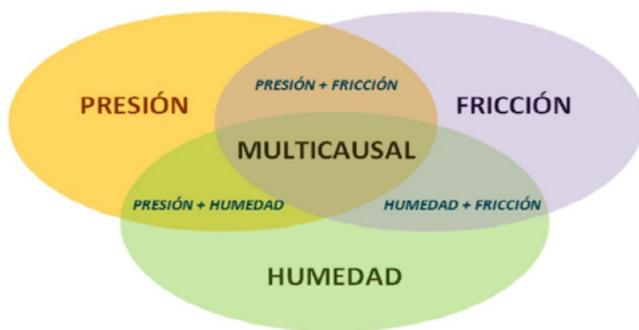


Figura 2. Tipos de LAD (García Fernández *et al.*, 2014).

par bajo una única denominación lesiones cuyo origen es en ocasiones muy distinto a la presión entorpece la labor preventiva orientada a contrarrestar los efectos de los diferentes mecanismos causales.

Tras el análisis de 56 escalas y 83 factores predictivos de riesgo, se describieron 23 dimensiones, de las cuales siete fueron señaladas como factores de riesgo esenciales (cuatro considerados críticos: movilidad, nutrición, incontinencia y actividad y tres clasificados como principales: edad, estado mental y apariencia/estado de la piel). Estos asientan la base teórica del mecanismo de producción de hasta siete tipos de LAD (anteriormente incluidas bajo la nomenclatura de UPP) (García Fernández *et al.*, 2014).

- Lesiones por presión
- Lesiones por humedad
- Lesiones por fricción
- Lesiones por acción combinada de presión y humedad
- Lesiones por acción combinada de presión y fricción
- Lesiones por acción combinada de humedad y fricción
- Lesiones por causa multifactorial

La teoría señala cuatro factores etiológicos (presión, cizalla, humedad y fricción) involucrados en la formación de estas lesiones crónicas (García Fernández *et al.*, 2014). Así mismo, se subraya la existencia de factores coadyuvantes involucrados en el desarrollo de cada una de estas lesiones que, si bien no son los causantes directos de la lesión, sí participan en su desarrollo. Estos se pueden agrupar en:

- *Agresiones externas*: exposición a la humedad, y otro tipo de factores lesivos como drenajes, catéteres, radioterapia, etc.
- *Desórdenes nutricionales del tejido*: alteraciones nutricionales, alimentarias o de hidratación.

- *Alteraciones en la oxigenación de los tejidos*: por alteración del estado hemodinámico, de la perfusión tisular periférica, anemia, alteraciones en la respiración, tabaquismo, diabetes, etc.
- *Alteraciones de la piel*: maceración, sequedad, eritema, etc.

Cabe señalar que la TRM destaca el papel de la enfermería en la prevención de las lesiones crónicas asociadas a la dependencia. Se calcula que un 95% de estas lesiones son consideradas como evitables, claro indicativo de un fracaso en la prevención y responsabilidad directa de enfermería. La prevención de estas lesiones parte de una adecuada planificación de los cuidados, previa valoración exhaustiva y minuciosa de los riesgos del paciente (García Fernández *et al.*, 2014).

DESARROLLO DE LA TRM EN EL CASO

El 10 de agosto de 2021, la hermana del paciente pide cita telefónica con enfermería para comentar que desde hace varios días tiene la zona glútea roja con dolor y picor. Se acude a domicilio para una primera valoración.

En la exploración se objetiva una lesión en zona glútea izquierda medial de un tamaño de 7 × 9 cm con bordes no definidos. Úlcera desplazada de zona de presión sacra: 9 cm. Se observa un área enrojecida no blanqueable que presenta induración y mayor temperatura al tacto que los tejidos adyacentes. El paciente refiere dolor y picor en la zona. No se objetivan otras lesiones.

Cabe señalar que el paciente cuenta con una cama con colchón antiescaras y una silla adaptada que estaba utilizando con un cojín tipo donut. Refiere pasar la mayoría del tiempo en decúbito supino. En el examen visual se objetiva sequedad leve en la piel y no se observan edemas.

Otro dato que tener en cuenta es el cambio de cuidador en el último mes, quien no lleva a cabo los cambios posturales adecuados.

Debido a esa falta de ánimo que se comentó anteriormente la ingesta nutricional es parcialmente adecuada.

Diagnóstico de la herida y valoración de riesgos.

Se clasifica la lesión que presenta como lesión por multicausal con afectación de tejidos profundos.

Dentro del esquema para la valoración de los factores de riesgo que se pueden apreciar en la figura 3, observamos que nuestro paciente presenta como factores etiológicos la presión, la humedad y la fricción. Como factores coadyuvantes se describen alteraciones de la piel (maceración, sequedad y eritema) y en la oxigenación de los tejidos (debido a la anemia). Además, la actividad y movilidad disminuidas conlleva una reducción de la capacidad de reposicionamiento que, junto con la disminución de la percepción sensorial, tienen como resultado un aumento de la presión.



PRINCIPIO ACTIVO	POSOLÓGIA	INDICACIONES	
Omeprazol	20 mg	1-0-0	Exceso de ácido gástrico
Lacrilosa	10 g/15 ml	1-1-1	Estreñimiento
Linaclotida	290 mcg	1-0-0	Síndrome del intestino irritable
Cianocobalamina Sol. Iny.	1000 mcg	IM c/3 meses	Anemia perniciosa
Espironolactona	100 mg	50 mg 1-0-0	Hipertensión, edemas
Pravastatina	20 mg	0-0-1	Hipercolesterolemia
Micrabegron	50 mg	0-0-1	Síndrome de vejiga hiperactiva
Oxcarbamazepina	300 mg	1-0-1	Epilepsia
Lorazepan	1 mg	1-1-1	Ansiedad
Hidroxicina	25 mg	1-0-1	Ansiedad, prurito
Trazadona	100 mg	0-0-2	Depresión

Figura 4. Tratamiento farmacológico.

Vive con un cuidador informal contratado por su familia (que ha cambiado este último mes) y cuenta durante el día con la asistencia domiciliaria ofertada por el ayuntamiento tres días por semana (lunes, miércoles y viernes). Además, tiene a su disposición el servicio de acompañamiento domiciliario los martes y jueves.

El paciente vive en la planta baja de una casa de dos plantas. Dispone de una cama geriátrica con colchón antiescaras. Tiene dos sillas adaptadas para la sedestación y el traslado. Además, cuenta con un baño adaptado con agarrador y con silla especial para el aseo.

Tiene reconocido el grado II de dependencia.

Patrón alterado. El paciente verbaliza una percepción negativa respecto a su salud.

PATRÓN FUNCIONAL 2: NUTRICIONAL-METABÓLICO

El paciente refiere no realizar una dieta especial. La alimentación es parcialmente adecuada, reconoce abusar de los hidratos de carbono y evita algunos grupos de alimentos, pescado, algunas carnes y parte de los lácteos (caracterizados por su alto contenido en proteínas).

Refiere un consumo adecuado de agua, entre un litro y dos al día, y no toma suplementos alimenticios. Considera que últimamente su apetito se ha visto disminuido.

La dentición es propia, aunque se encuentra en mal estado; está pendiente de consulta con el maxilofacial del hospital para extraerle la mayoría de las piezas y colocarle una prótesis total. Se observa mucosa oral normohidratada y sin lesiones aparentes en la cavidad bucal.



Se administran dos escalas para la objetivación del riesgo de desarrollar UPP, en el test de Braden se obtiene una puntuación de 11 puntos y en el test de Norton se alcanzan los 10 puntos; ambos resultados confirman un riesgo alto.

Patrón alterado. El paciente presenta apetito disminuido, evita algunos grupos de alimentos, presenta alto riesgo de desarrollar UPP y en la actualidad presenta una lesión relacionada con la dependencia.

PATRÓN FUNCIONAL 3: ELIMINACIÓN

El paciente refiere presentar problemas con la eliminación. Por un lado, tiene problemas de estreñimiento que intenta corregir con la dieta y, como último remedio, con laxantes.

Por otro lado, presenta una talla vesical desde 2009, se observa orina normocolúrica en bolsa colectora.

Patrón alterado. Precisa de medidas auxiliares para el manejo del patrón.

PATRÓN FUNCIONAL 4: ACTIVIDAD Y EJERCICIO

Presenta movilidad disminuida debido a su patología degenerativa. Actualmente hace vida cama-sillón y es dependiente para las ABVD; según el Índice de Katz es dependiente para las 6 funciones y según el Índice de Barthel (0 puntos) presenta una dependencia total.

Las constantes se encuentran dentro de parámetros aceptables y las respiraciones son de intensidad y frecuencia normal.

No realiza actividades de ocio.

Patrón alterado. Gran dependiente, no refiere actividades recreativas.

PATRÓN FUNCIONAL 5: SUEÑO-DESCANSO

Refiere despertarse en varias ocasiones durante la noche con pesadillas. Toma medicación para dormir, pero no consigue corregir sus problemas de sueño y refiere no tener energía durante el día.

Patrón alterado. Sueño no reparador.

PATRÓN FUNCIONAL 6: COGNITIVO-PERCEPTIVO

Paciente orientado en las tres esferas, no muestra dificultades en la capacidad de comprensión y expresa mediante un lenguaje claro. Se administra el Test de Pfeiffer, que indica funcionamiento intelectual normal dado que obtiene 2 puntos.

No están descritas alteraciones visuales o auditivas.



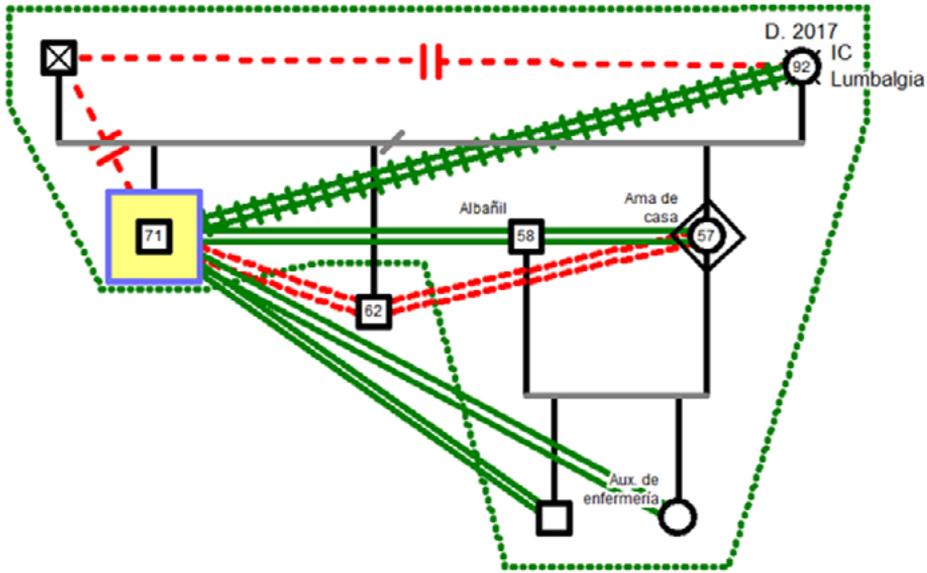


Figura 5. Genograma.

Presenta dolor agudo en zona sacra, refiere una puntuación de 6 en la Escala Visual Analógica del dolor.
 Patrón alterado. Dolor agudo.

PATRÓN FUNCIONAL 7: AUTOCONTROL-AUTOCONCEPTO

El paciente refiere presentar ansiedad y preocupación expresa por la nueva lesión producida No se encuentra satisfecho consigo mismo y se muestra triste la mayor parte del tiempo.

Se administra el test de ansiedad y depresión de Goldberg, obteniéndose 8 puntos que indican ansiedad y depresión probables.

Patrón alterado. Baja autoestima, gran preocupación y signos de distimia.

PATRÓN FUNCIONAL 8: ROL-RELACIONES

El paciente obtiene buen apoyo familiar por parte de su hermana, quien gestiona todos los cuidados médicos; sin embargo, la relación con su otro hermano es inexistente. No tiene hijos ni ha estado casado y mantiene escasas relaciones de amistad.

Tiene siempre algún cuidador a su disposición para que pueda estar atendido, ya que los miembros de la familia trabajan. Además, como se ha mencionado

con anterioridad, el ayuntamiento a su vez le ha brindado la asistencia para el aseo todas las mañanas y una figura de acompañante que acude para hablar con él varios días a la semana.

Los test utilizados dentro de la valoración de este patrón son el Test de Zarit, que indica que no hay sobrecarga del cuidador (36 puntos), y la Escala de Valoración Sociofamiliar de Gijón, que concluye con 8 puntos, señalando una situación social aceptable.

Riesgo de alteración del patrón. El paciente presenta un grupo de interacción bastante escueto, con escasas relaciones de amistad.

PATRÓN FUNCIONAL 9: SEXUALIDAD Y REPRODUCCIÓN

El paciente no refiere disfuncionalidad en este patrón, refiere que su sexualidad no es algo que le preocupe.

Patrón normal.

PATRÓN FUNCIONAL 10: ADAPTACIÓN-TOLERANCIA AL ESTRÉS

El paciente verbaliza un mal manejo de las situaciones difíciles y utiliza medicación para el control de las situaciones estresantes.

Patrón alterado. Mala adaptación a su situación y proceso vital.

PATRÓN FUNCIONAL 11: VALORES-CREENCIAS

Refiere ser creyente y explica que la religión tiene importancia en su vida. Comenta que su estado de salud no afecta a sus creencias, aunque rechaza hablar sobre este tema.

Patrón no valorable.

PLAN DE CUIDADOS

Se utilizó el modelo AREA (Análisis de Resultado del Estado Actual), impulsado por la Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería, para la priorización de diagnósticos. Como resultado se primó la actuación sobre los diagnósticos: 00257.-Síndrome de fragilidad del anciano (tabla 1), 00046.-Deterioro de la integridad cutánea (tabla 2) y 00004.-Riesgo de infección (tabla 3). En las tablas a continuación descritas se explica el Plan de Cuidados para cada diagnóstico.

MODELO ÁREA

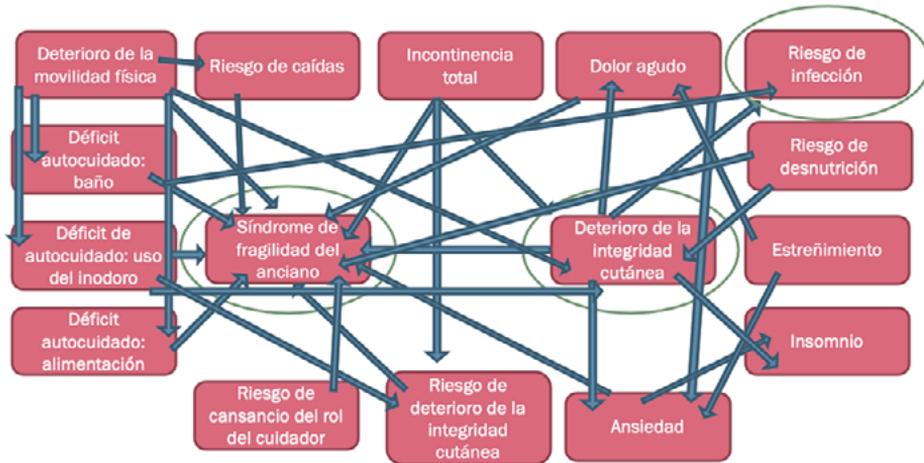


Figura 6. Modelo ÁREA.

TABLA 1. 00257.- SÍNDROME DE FRAGILIDAD DEL ANCIANO (Paniagua Asensio, 2020)

NANDA	FACTORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS
Estado dinámico de equilibrio inestable que afecta al anciano que experimenta deterioro en uno o más dominios de la salud (física, funcional, psicológica o social) que produce un aumento de la susceptibilidad a efectos adversos en la salud, en particular a la discapacidad.	Ansiedad. Disminución de la fuerza muscular. Deterioro del equilibrio postural. Tristeza.	Déficit de autocuidado en el baño. Déficit de autocuidado en el vestido. Déficit de autocuidado en la alimentación. Déficit de autocuidado en el uso del inodoro. Desesperanza. Deterioro de la movilidad física. Aislamiento social.
EVIDENCIA DISPONIBLE (Bapen, 2010)		
<ul style="list-style-type: none"> – Utilizar un enfoque interprofesional y centrado en la persona para apoyar a los adultos mayores frágiles (Ebrahimi <i>et al.</i>, 2014). – Derivar a un nutricionista para una dieta terapéutica individualizada (Von Arnim <i>et al.</i>, 2013). – Controlar la pérdida de peso ya que se considera un componente principal del síndrome de fragilidad (Yannakoulia <i>et al.</i>, 2017). – Desarrollar una relación de confianza y receptiva con pacientes frágiles (Bindels <i>et al.</i>, 2013). 		

NOC	PUNTUACIÓN INICIAL	PUNTUACIÓN FINAL
3102.-AUTOCONTROL: ENFERMEDAD CRÓNICA		
Controla e informa de signos y síntomas de las complicaciones.	3.-A veces demostrado	5.-Siempre demostrado
Sigue el tratamiento recomendado. «La pastilla del dolor solo me la tomo cuando estoy mal».	2.-Raramente demostrado	4.-Frecuentemente demostrado
Sigue la dieta recomendada.	2.-Raramente demostrado	4.-Frecuentemente demostrado
Participa en las decisiones de atención sanitaria. «No tengo ni voz ni voto».	1.-Nunca demostrado	5.-Siempre demostrado
NIC		
5230.- MEJORAR EL AFRONTAMIENTO		
<ul style="list-style-type: none"> - Valorar el impacto de la situación vital del paciente en los roles y las relaciones. - Valorar la comprensión del paciente del proceso de enfermedad. Proporcionar información objetiva respecto del diagnóstico, tratamiento y pronóstico. - Evaluar la capacidad del paciente para tomar decisiones. - Tratar de comprender la perspectiva del paciente sobre una situación estresante. - Alentar la verbalización de sentimientos, percepciones y miedos. - Valorar las necesidades/deseos del paciente de apoyo social. 		
NIC		
5510.- EDUCACIÓN PARA LA SALUD		
<ul style="list-style-type: none"> - Identificar los factores internos y externos que puedan mejorar o disminuir la motivación para seguir conductas saludables. - Determinar el conocimiento sanitario actual y las conductas del estilo de vida de los individuos, familia o grupo diana. - Destacar la importancia de formas saludables de comer, dormir, hacer ejercicios, etc. - Implicar a los individuos, familias y grupos en la planificación e implementación de los planes destinados a la modificación de conductas de estilo de vida o respecto de la salud. - Planificar un seguimiento a largo plazo para reforzar la adaptación de estilos de vida y conductas saludables. 		

TABLA 2. 00046.- DETERIORO DE LA INTEGRIDAD CUTÁNEA (Paniagua Asensio, 2020)

NANDA	FACTORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS
Alteración de la epidermis y/o la dermis.	<ul style="list-style-type: none"> Humedad excesiva. Presión sobre prominencia ósea Fuerzas de cizallamiento. Disminución de la movilidad física. 	<ul style="list-style-type: none"> Dolor agudo. Alteración de la coloración de la piel. Interrupción de la integridad de la piel. Área localizada caliente al tacto. Prurito. Hematoma.

EVIDENCIA DISPONIBLE (Bapen, 2010)

- Se debe utilizar una herramienta de evaluación de riesgos validada, como la escala de Norton o la escala de Braden, para identificar a los clientes en riesgo de rotura de la piel relacionada con la inmovilidad (NPUAP / EPUAP, 2014).
- Controlar las prácticas de cuidado de la piel del paciente (Baranoski & Ayello, 2016). Mantener una buena higiene de la piel. Brindar educación al paciente sobre buenas prácticas de higiene de la piel (Doenges, Moorhouse y Murr, 2016).
- Evalúe el uso de superficies de apoyo (colchones especiales, camas), cojines para sillas o dispositivos, según corresponda. Mantenga la cabecera de la cama al menor grado de elevación posible para reducir el cizallamiento y la fricción, y utilice dispositivos elevadores, almohadas, cuñas de espuma y dispositivos reductores de presión en la cama (Brienza *et al.*, 2016; NPUAP y EPUAP, 2014). Establecer la frecuencia de cambios posturales (NPUAP & EPUAP, 2014).
- Educar al paciente y los cuidadores sobre la nutrición adecuada, los signos y síntomas de infección y cuándo avisar (NPUAP y EPUAP, 2014).
- Una visita domiciliaria puede proporcionar educación en el hogar esencial, un plan de atención específico para el paciente y reducir los costos de atención médica (Vrtis, 2013).
- Instruir y ayudar al paciente y a los cuidadores sobre cómo cambiar los apósitos y mantener un ambiente limpio.
- Proporcione instrucciones escritas y observe a los cuidadores en la realización de la técnica. Un plan escrito garantiza la coherencia en la atención y la documentación (Baranoski y Ayello, 2016).

NOC 1103.- CURACIÓN DE LA HERIDA POR SEGUNDA INTENCIÓN	PUNTUACIÓN INICIAL	PUNTUACIÓN FINAL
Piel macerada	4.-Extenso	1.-Escaso
Eritema perilesional	3.-Moderado	1.- Escaso
Inflamación de la herida	4.- Extenso	1.- Escaso
Disminución del tamaño	4.- Sustancial	1.- Ninguno
NIC 3360.- CUIDADOS DE LAS HERIDAS		

- Monitorizar las características de la herida, incluyendo drenaje, color, tamaño y olor. Documentar la localización, el tamaño y el aspecto de la herida.
- Comparar y registrar regularmente cualquier cambio producido en la herida.
- Cambiar de posición al paciente como mínimo cada 2 horas.
- Colocar mecanismos de alivio de presión (p. ej., colchones con baja pérdida de aire, de espuma o gel; almohadillas para el codo o el talón; cojín para la silla).
- Enseñar al paciente o a los familiares los procedimientos de cuidado de la herida.
- Enseñar al paciente y a la familia los signos y síntomas de infección.

NOC 1605.- CONTROL DEL DOLOR	PUNTUACIÓN INICIAL	PUNTUACIÓN FINAL
Reconoce el comienzo del dolor. «Intento aguantar lo que pueda».	3.- A veces demostrado	5.- Siempre demostrado
Utiliza analgésicos como se recomienda. «Me lo tomo cuando no aguanto».	1.- Nunca demostrado	5.- Siempre demostrado
Reconoce los síntomas asociados al dolor.	2.- Raramente demostrado	5.- Siempre demostrado



Refiere dolor controlado	1.- Nunca demostrado	5.- Siempre demostrado
NIC 2380.- MANEJO DE LA MEDICACIÓN		
<ul style="list-style-type: none"> - Determinar el conocimiento del paciente sobre la medicación. - Determinar los factores que puedan impedir al paciente tomar los fármacos tal como se han prescrito. - Enseñar al paciente y/o a los familiares el método de administración de los fármacos. - Monitorizar la eficacia de administración de la medicación. 		

TABLA 3. 00004.- RIESGO DE INFECCIÓN (Paniagua Asensio, 2020)		
NANDA	FACTORES RELACIONADOS	CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS
Susceptible de sufrir una invasión y multiplicación de organismos patógenos, que puede comprometer la salud.	Procedimiento invasivo (talla vesical).	Dificultad para gestionar dispositivos invasivos a largo plazo. Deterioro de la integridad cutánea. Retención de los fluidos corporales.
EVIDENCIA DISPONIBLE (Bapen, 2010)		
<ul style="list-style-type: none"> - Enseñar al paciente y cuidadores los factores de riesgo que contribuyen a la infección de la herida. Asegurar la manipulación aséptica (Murphy, 2014). - Observar e informar de enrojecimiento, calor, secreción y aumento de la temperatura corporal. Los cambios en el estado mental, fiebre, temblores, escalofríos e hipotensión son indicadores de sepsis (Perry, Potter y Ostendurr, 2014). - Fomentar la ingesta de líquidos (Ackley y Ladwig, 2014; Personal de la Clínica Mayo, 2016). - Todos los catéteres permanentes deben conectarse a un sistema de drenaje cerrado y estéril. Mantener la bolsa del drenaje por debajo de la cama quedando sujeta para evitar tirones. 		
NOC 1924.- CONTROL DE RIESGO: PROCESO INFECCIOSO	PUNTUACIÓN INICIAL	PUNTUACIÓN FINAL
Indicador: Identifica signos y síntomas de infección.	Raramente demostrado	Siempre demostrado
Indicador: Mantiene el entorno limpio.	A veces demostrado	Siempre demostrado
Indicador: Practica la higiene de manos.	Nunca demostrado	Siempre demostrado
NIC 6540.-Control de infecciones		
<ul style="list-style-type: none"> - Lavarse las manos antes y después de cada actividad de cuidados de pacientes. - Fomentar una ingesta nutricional adecuada. - Fomentar la ingesta de líquidos. - Instruir al paciente y a la familia acerca de los signos y síntomas de infección y cuándo se deben notificar. - Enseñar al paciente y a la familia a evitar infecciones. 		

10/08/21: Llama la hermana del paciente para avisar que presenta una rojez y molestias en «la nalga». Se acude a domicilio. Se realiza una valoración integral del paciente. Se diagnostica en un principio: UPP de grado 1 en nalga izq. Tamaño de la lesión: 7 × 9 cm. La zona lesionada presenta petequias de aspecto violáceo y leve induración. En el momento de la valoración se encuentra en decúbito supino. Se pregunta a su cuidador por el día a día del paciente para analizar el contexto de la situación. Se dan consejos específicos a su cuidador de cambios posturales y de nutrición. Se pone apósito de protección en sacro + AGHO. Se cita para nueva valoración en 3 días. Se habla con MF para controlar el dolor.

13/08/21: El paciente refiere sentir un poco *más de dolor en la zona*. Las cuidadoras que lo bañan le retiraron el apósito por equivocación el día anterior (12/08). Misma descripción de la lesión. Se repite pauta de cura y se dan consejos para los cuidados de la zona. Se insiste en la importancia del mantenimiento del apósito para proteger la zona. Se cita para dentro de 4 días.

15/08/21: La hermana llama por «empeoramiento de la zona». Se acude a domicilio para valorar la lesión y se observa un empeoramiento de la úlcera. Se encuentra al paciente en decúbito supino, que se queja de *más dolor*. Mayor tamaño 8 × 10 cm e induración en la zona. Piel íntegra con abrasión en el tejido central con gran exposición a la humedad. No hay signos de infección. Se analiza la situación del paciente dado su empeoramiento con el *nuevo modelo para las LAD*. Se llega a la conclusión de que estamos ante una lesión de tipo multicausal (fricción + humedad + presión). Se analizan también los «factores coadyuvantes» que pueden estar empeorando la situación (refiere que la grúa para el baño le molesta en la zona, cojín estilo donut y cambios posturales no adecuados).

Realizamos una valoración anímica del paciente ante este empeoramiento. Refiere encontrarse «cansado de vivir así».

Se cambia pauta de cura y se dan nuevos consejos al *cuidador* del paciente para controlar los puntos de presión + cizallamiento y para mantener una piel correctamente hidratada. También se refuerza la importancia de los cambios de absorbentes y una correcta gestión de la humedad. Se cita para nueva valoración y cura en 72 h. «Se habla con MF para controlar el aumento del dolor».

18/08/21: Zona con «mejor aspecto, menos induración», aunque con las mismas características en cuanto a tamaño y coloración que en la ocasión anterior. Se entrega una guía clínica para cuidadores al cuidador privado para apoyar la educación que le habíamos realizado en la anterior cita. Nos comenta que ha estado realizando los cambios posturales recomendados y está evitando usar la silla de ruedas y la postura supina mientras dure la lesión. Han comprado un cojín terapéutico cambiando el anterior estilo donut. Intentan mejorar la alimentación añadiendo comidas con mayor aporte proteico.

En el momento de la consulta domiciliaria se encontraba también el personal de ayuda a domicilio que acudía para ayudar a asear al paciente, nos quedamos para valorar a petición del paciente cómo realizaban el baño y si de alguna manera contribuyen al empeoramiento de la lesión.



El cuidador privado se ofrece a ayudar a las cuidadoras de asistencia en domicilio para que no tengan que utilizar la grúa.

23/08/21: Se revalora la lesión, que presenta «menor» induración y mejor aspecto de las abrasiones. No hay signos de infección y la zona perilesional se encuentra intacta. Se refuerzan las recomendaciones dadas.

26/08/21: Lesión en fase de epitelización, no enrojecimiento ni edema, nulo exudado. «Refiere no tener tanto dolor». Se refuerzan las recomendaciones dadas a su cuidador y hermana.

30/08/21: Lesión en fase de cicatrización. No enrojecimiento, ni edema, nulo exudado. No tiene dolor. Se produce un *cambio del cuidador* contratado por la familia. Se organiza una entrevista para asesorar a la *nueva cuidadora* sobre el estado actual y recomendaciones en el cuidado del paciente.

02/09/21: Lesión con las mismas características (fase cicatrización). La cuidadora nos comenta que se están realizando los baños con la grúa porque les resulta muy difícil movilizar al paciente ellas solas. Se refuerzan recomendaciones.

06/09/21: Lesiones en fase de resolución. Zona con mejor aspecto, buena coloración. *Mejor* estado general del paciente. Se refuerzan recomendaciones.

13/09/21: Piel íntegra. Se dan consejos para el cuidado de la piel y cuidado de personas dependientes.

ESTADO ACTUAL

- Continúa en su domicilio con servicio de atención domiciliaria para el aseo y acompañamiento.
- Se ha añadido a su hermana y cuidadora en los talleres de cuidadoras que realizaremos el próximo año.
- Su hermana ha pedido ayuda psicológica a domicilio para intentar aumentar su autoestima y que se adapte mejor a la situación.
- Piel intacta. Adecuados cambios posturales y cuidados por parte de su familia y cuidadores privados.
- Está intentando controlar más la dieta, llevando un adecuado aporte calórico y proteico, así como de líquidos.
- Se encuentra más tranquilo al haberse recuperado de su lesión.
- Duerme mejor y se encuentra descansado durante el día.
- En seguimiento continuo por parte de la UAF tanto telefónicamente como visitas domiciliarias.

RECIBIDO: 10-1-2022; ACEPTADO: 20-1-2022

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACKLEY, B.J. y LADWIG, G.B. *Nursing diagnosis handbook*. 12.ª edición. Oxford: Elsevier; 2020.
- BAPEN. *Malnutritional Universal Screening Tool* [internet] 2010 [consultado en 29/10/2021]. Disponible en <https://www.bapen.org.uk/images/pdfs/must/spanish/must-toolkit.pdf>.
- ELSELVIER. Nnnconsult [internet] 2021 [consultado en 29/10/2021]. Disponible en <https://www.nnnconsult.com/>.
- GARCÍA FERNÁNDEZ, F.P., SOLDEVILLA AGREDA, J.J., PANCORBO HIDALGO, P.L., VERDÚ SORIANO, J., LÓPEZ CASANOVA, P. y RODRÍGUEZ PALMA, M. *Prevención de úlceras por presión* [internet] Logroño: GNEAUPP; 2014 [consultado el 29/10/2021]. Disponible en <https://gneaupp.info/wp-content/uploads/2014/12/Prevencion-de-las-ulceras-por-presion-segunda-edicion.pdf>.
- GARCÍA FERNÁNDEZ, F.P., SOLDEVILLA AGREDA, J.J., PANCORBO HIDALGO, P.L., VERDÚ SORIANO, J., LÓPEZ CASANOVA, P. y RODRÍGUEZ PALMA, M. *Clasificación y categorización de las lesiones relacionadas con la dependencia* [internet] Logroño: GNEAUPP; 2014 [consultado el 29/10/2021]. Disponible en <http://gneaupp.info/clasificacion-categorizacion-de-las-lesiones-relacionadas-con-la-dependencia-2/>.
- GARCÍA FERNÁNDEZ, F.P., SOLDEVILLA AGREDA, J.J., VERDÚ, J. y PANCORBO HIDALGO, P.L. *A New Theoretical Model for the Development of Pressure Ulcers and Other Dependence-Related Lesions* [internet] J Nurs Scholarsh, 2014 [consultado el 29/10/2021]; 46(1): 28-38. Disponible en <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/jnu.12051/pdf>.
- OMS. *Enfermedades no transmisibles* [internet] 2021 [consultado el 29/10/2021]. Disponible en <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.
- PANIAGUA ASENSIO, M.L. *Lesiones relacionadas con la dependencia: prevención, clasificación y categorización* [internet] GNEAUPP, 2020 [consultado en 29/10/2021]. Disponible en <https://www.passeidireto.com/arquivo/82691081/paniagua-2020-lrd-prevencion-clasificacion-y-categorizacion>.
- SERVICIO CANARIO DE SALUD, Gobierno de Canarias. *Estrategia de abordaje a la cronicidad en la Comunidad Autónoma de Canarias* [internet]. Entheos, 2015 [consultado el 29/10/2021]. Disponible en <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/1e7740f8-d12e-11e4-b8de-159dab37263e/LibroCronicidadCompleto.pdf>.



REVISORES

La dirección de la revista agradece la inestimable colaboración de quienes muy amablemente han accedido a participar en el sistema de doble evaluación ciega, llevando a cabo el trabajo de lectura y valoración anónima de los artículos que han llegado a la Redacción de *Cuidar* para optar a ser incluidos en el presente número.

Pedro Ruymán BRITO BRITO

Domingo Ángel FERNÁNDEZ GUTIÉRREZ

Alicia PÉREZ HERRERA

Martín RODRÍGUEZ ÁLVARO

Cristo M. MARRERO GONZÁLEZ

Carme BELTRÁN VILAGRASA

INFORME ANUAL DEL PROCESO EDITORIAL DE *CUIDAR*

El promedio de tiempo de publicación desde la llegada de los artículos a la Redacción de la revista hasta su publicación (pasando por el proceso selección, lectura, evaluación y corrección de pruebas) es de once meses y medio. Los evaluadores/as son miembros de diversas facultades de centros nacionales e internacionales.

Estadísticas:

- Núm. de artículos recibidos en la redacción para esta edición: 15
- Núm. de artículos aceptados: 11
- Promedio de evaluadores por artículo: 2
- Promedio de tiempo entre llegada y aceptación de artículos: 1,5 meses
- Promedio de tiempo entre aceptación y publicación: 3 meses

El 74% de los manuscritos enviados a *Cuidar* ha sido aceptado para su publicación.



Servicio de Publicaciones
Universidad de La Laguna