

conocimiento ENFERMERO



CODEM
Colegio Oficial de
Enfermería de Madrid

Revista científica del CODEM

Volumen V · Número 16

ISSN 2605-3152

Abril 2022



EDITA

Colegio Oficial de Enfermería
de Madrid (CODEM)

DIRECTOR

D. Antonio A. Arribas Cachá

DIRECTORA EJECUTIVA

D^a. Teresa Blasco Hernández

COORDINADORA

D^a. Miriam Hernández Mellado

EDITORES DE SECCIÓN

D^a. Miriam Hernández Mellado

D^a. Teresa Blasco Hernández

D^a. Jenifer Araque García

D^a. Elena Núñez Acosta

D^a. Anaís Núñez Mata

D^a. Ana Robles Álvarez

DOCUMENTALISTA

César Manso Perea

ASESORES CIENTÍFICOS

D^a. Sara Sánchez Castro

D^a. Ana Belén Salamanca Castro

D^a. Verónica Martín Guerrero

D^a. Leyre Rodríguez Leal

D. David Peña Otero

D^a. Andrea Hernández Solís

D^a. Elena Viñas Toledo

D. Álvaro Trampal Ramos

D^a. Sara León González

D. Ricardo Borrego de la Osa

D^a. Romy Kaori Dávalos Alvarado

D^a. Laura Carretero Cortés

D^a. Ruth Palacios Peñacoba

D^a. Irene Anula Morales

ISSN: 2605-3152



Contenido

3 EDITORIAL

Práctica clínica de la Enfermería Basada en Evidencias Científicas

5 ESTUDIOS ORIGINALES

Planificación compartida de la atención en pacientes oncológicos hospitalizados: conocimientos y actitudes de pacientes, familiares y profesionales sanitarios

Lydia Mower Hanlon

26 ESTUDIOS ORIGINALES

Efectividad del apósito Nursicare® versus lanolina en el tratamiento de las grietas en el pezón en mujeres lactantes. Ensayo clínico aleatorizado

Salma Salazar González, María del Mar Godoy Robles, Carlos Sánchez González, Leticia M. Cortés Solanas, José Antonio Salvador Oliván, Ignacio Ladrero Paños

35 TRABAJOS DE GRADO Y/O POSGRADO

Impacto emocional y laboral de la pandemia de COVID-19 en las enfermeras de los servicios de radiología

Cristian Mediavilla Rodríguez

66 ESTUDIOS ORIGINALES

Los estereotipos de género en hombres estudiantes de Enfermería

Ian Coahpetzin Zavala Pérez, M^a del Rocío Figueroa Varela, Cinthia Viridiana Olea Gutiérrez

77 ESTUDIOS ORIGINALES

Imagen social de Enfermería: visibilidad de los cuidados

Pedro Pablo Herrera González

EDITORIAL

Práctica clínica de la Enfermería Basada en Evidencias Científicas

Asentar la toma de decisiones clínicas en sólidas evidencias científicas constituye una exigencia y una necesidad para todas las disciplinas científicas, no sólo para la Enfermería, en las sociedades modernas y desarrolladas, como la nuestra.

En los últimos años, la gestión y atención al cuidado de la salud de la población ha sido más compleja por diversos factores como el continuo avance de la ciencia, la influencia de los cambios sociales de la configuración de las poblaciones o el acceso continuo de la población a información de manera indiscriminada a través de las nuevas tecnologías, redes sociales e Internet, lo que ha supuesto el deseo de adoptar un rol más activo en la toma de decisiones en relación a la salud.

Las ciencias de la salud son muy dinámicas, se encuentran en permanente cambio, por lo que los profesionales sanitarios requieren actualizar sus conocimientos para atender adecuadamente las necesidades de atención a la salud y a la enfermedad de la población que atiende, de manera efectiva y segura.

Esta situación explica como las enfermeras deben utilizar la Enfermería Basada en la Evidencia (EBE) como herramienta para mejorar la eficacia de nuestras prácticas.

La EBE se plantea ante la necesidad de las enfermeras de conocer el grado de certeza o incertidumbre en que se basan los cuidados que prestan a su población y en qué medida las nuevas investigaciones de calidad pueden incrementar la evidencia de la práctica clínica enfermera.

Sin embargo, conseguir y mantener con los estándares necesarios de calidad el cumplimiento efectivo y completo de la práctica clínica de la Enfermería basada en evidencias científicas, sobre todo porque en su consecución es necesario contemplar cuatro elementos básicos, independientes pero interrelacionados, que constituyen los eslabones o fases de la cadena o el ciclo de calidad en la utilización de la evidencia científica en la práctica clínica de la Enfermería:

1. Producción científica: Estudios de investigación clínica en Enfermería.
2. Generación de recomendaciones clínicas: Trabajos de investigación para la generación de recomendaciones catalogadas para la práctica clínica de la Enfermería basadas en evidencia científica.
3. Difusión de las evidencias científicas y recomendaciones para la práctica clínica: A través de guías de práctica clínica (GPC), sumarios y documentos específicos recopilatorios de evidencias.
4. Aplicación de las evidencias clínicas en la práctica clínica: Elaboración, revisión y adaptación de los protocolos para la práctica clínica a las evidencias científicas, establecimiento de estándares de calidad, etc.

La investigación clínica en Enfermería está constituida por trabajos y estudios de investigación específicamente diseñados y desarrollados para profundizar en el conocimiento de cuestiones concretas directamente relacionadas con el ejercicio de la práctica clínica de la Enfermería. Intentan aportar respuestas a dudas y cuestiones específicas planteadas en relación de la práctica clínica de la Enfermería.

«La investigación clínica en Enfermería proporciona la materia prima imprescindible para la generación de evidencias científicas en Enfermería»

Los resultados de estos estudios de investigación constituyen la base, la materia prima imprescindible para la generación de evidencias científicas en Enfermería.

En este sentido, es necesario mencioanr el progresivo aumento de la participación de enfermeras en estudios y grupos de investigación en los últimos años, aunque esto no es suficiente. Es necesario seguir potenciando la participación de la enfermera en estudios de investigación, pero también es necesario elevar un peldaño más la exigencia en cuanto a las características de los estudios de investigación en los que participa la enfermera, sobre todo en relación a la calidad y el enfoque de los mismos:

- La calidad de los estudios de investigación, entendida en cuanto a las condiciones y características asociadas al diseño del estudio. Son las que van a servir para avalar el nivel de confianza de los resultados obtenidos y, por tanto, su impacto en la práctica clínica. Realizar estudios de investigación de calidad metodológica elevada, bien diseñados y ejecutados, permitirá obtener resultados útiles para generar evidencias con alto grado de recomendación.
- El enfoque y los objetivos de los estudios de investigación. Es fundamental que los estudios de investigación estén focalizados al ámbito de la práctica de la Enfermería. Es necesario que las enfermeras diseñen, elaboren y participen en estudio de investigación en Enfermería. La participación de la enfermera en equipos de investigación multidisciplinares con un enfoque biomédico, es necesaria, tanto porque los resultados obtenidos serán beneficiosos para la salud de la persona, y por tanto la enfermera debe colaborar en ese sentido, como por la necesidad de que las enfermeras signifiquen su aportación dentro del equipo multidisciplinar, sin embargo estos estudios, como los ensayos clínicos de fármacos, no aportan resultados útiles para la práctica enfermera, sino para la de otros profesionales.

Antonio Arribas Cachá

Planificación compartida de la atención en pacientes oncológicos hospitalizados: conocimientos y actitudes de pacientes, familiares y profesionales sanitarios

Lydia Mower Hanlon

Graduada en Enfermería. Hospital Universitario Puerta de Hierro de Majadahonda.

V Premios de Investigación CODEM 2021. Primer Premio.

Cómo citar este artículo: Mower Hanlon, L. , Planificación compartida de la atención en pacientes oncológicos hospitalizados: conocimientos y actitudes de pacientes, familiares y profesionales sanitarios. *Conocimiento Enfermero* 16 (2022): 05-25.

RESUMEN

Objetivo. Explorar conocimientos y actitudes ante la planificación compartida de la atención (PCA) de pacientes oncológicos, sus familiares y los profesionales sanitarios.

Diseño. Estudio observacional, descriptivo, transversal.

Ámbito. Servicio de oncología de un hospital público de Madrid.

Participantes. Pacientes oncológicos, familiares, médicos adjuntos y en formación (MIR), enfermeras y técnicos de cuidados auxiliares de enfermería (TCAE).

Intervenciones. Tres encuestas anónimas con variables dicotómicas, de opción múltiple y escala tipo Likert.

Variables. Conocimientos, habilidades y actitudes ante PCA. Análisis estadístico descriptivo con porcentajes y la prueba de X^2 de Pearson, tomando como significativos los valores $p < 0,05$.

Resultados. 14 respuestas de pacientes, 11 familiares (participación 100%) y 49 de profesionales (participación del 65,3%). Ningún paciente ni familiar conocía la PCA, aunque el 78,6% y 72,7% respectivamente desearían tener más información. El 71,4% de los profesionales desconoce la PCA, pero el 95,9% cree que es conveniente planificar los cuidados deseados para el final de la vida, y el 87,8% considera que realizar una PCA puede ser útil.

Conclusiones. Conocimientos deficientes ante la PCA tanto en pacientes, familiares como profesionales, pero muestran actitudes positivas hacia su utilidad, precisando mayor formación.

Palabras clave: planificación anticipada de la atención; instrucciones previas; oncología; cuidados paliativos al final de la vida; toma de decisiones.

Advance care planning for hospitalised cancer patients: knowledge and attitudes of patients, family members and healthcare providers

ABSTRACT

Objective. To identify knowledge and attitudes towards Advance Care Planning (ACP) among cancer patients, their family members and healthcare professionals.

Design. A cross-sectional descriptive study was carried out.

Setting. Cancer ward in a public hospital in Madrid (Spain).

Participants. Patients, family members, physicians and internship physicians, nurses and auxiliary nurses.

Interventions. Three surveys with dichotomic, qualitative Likert-type scale and multiple-choice variables.

Variables. Knowledge and attitudes towards ACP. A descriptive statistical analysis based on percentages, with application of the chi-squared test for comparisons, accepting $p < 0.05$ as representing statistical significance.

Results. 14 patients and 11 family members entered the study (100% participation) and 49 surveys were collected from healthcare workers (65,3% participation). No patient or family member knew about ACP, although 78,6% and 72,7%, respectively, wanted to receive more information. Likewise, 71,4% of healthcare professionals were unaware of ACP, but 95,9% believed it convenient to plan end-of-life care, and 87,8% claimed ACP to be useful.

Conclusions. There was insufficient knowledge about ACP within patients, family members and healthcare professionals, but attitudes towards its use were positive, proving need of more training.

Keywords: advance care planning; advance directives; cancer; hospice care; decision making.

Este artículo está disponible en: <https://www.conocimientoenfermero.es/index.php/ce/article/view/206>

1. Introducción

Hoy en día y en la sociedad occidental, como señalan varios autores [1-3], la muerte es considerada un tabú a pesar de formar parte del proceso natural de la vida. Además, se ha dado un cambio en el lugar donde ocurre el proceso de muerte, siendo ahora la mayoría de las veces en los hospitales [3-5] y son los profesionales sanitarios los responsables de realizar los cuidados del final de la vida; corriendo así el riesgo de obviar las preferencias de éste y las de sus familiares, e incluso de vulnerar sus deseos.

Asimismo, con todos los avances científicos, biológicos y tecnológicos del último siglo, y con la búsqueda constante de aumentar la esperanza de vida, la muerte ha pasado a menudo a considerarse como un fracaso por parte de los profesionales sanitarios [3,6].

Por otro lado, tanto el paciente como la familia de éste se ven abrumados por la carga emocional de estar ante situaciones difíciles en las que deben tomarse decisiones terapéuticas de gran peso, siendo muchas veces sus expectativas de recuperación, de calidad de vida futuras o incluso de muerte, muy diferentes a las de los profesionales sanitarios que los atienden. Esta falta de comunicación puede dar lugar a conflictos entre el profesional sanitario y el paciente, perdiéndose la credibilidad en los profesionales sanitarios [3].

La bioética surge, por tanto, como respuesta para intentar solucionar los conflictos éticos originados por estos cambios, proponiendo una metodología para facilitar la toma de decisiones desde un trabajo en equipo de todos los profesionales de diferentes áreas. Se trata de una disciplina que integra los valores humanos a la práctica clínica para mejorar así la calidad de vida y salud de los pacientes, y asegurar el respeto de sus derechos [3.]

Es en este contexto en el cual se comienza a dar un cambio en la relación asistencial, de una paternalista a una deliberativa, en el cual paciente y familia también participan en la toma de decisiones, además del equipo médico. Así, dando lugar a mé-

todos de asistencia sanitaria más comunicativos, basados en la planificación y deliberación del proceso de enfermedad del paciente y en una toma de decisiones conjunta e individualizada para el paciente.

Así, impulsadas por los avances científicos, tecnológicos, biológicos, y éticos [2] del último siglo, nacen hace más de 50 años las *Voluntades Anticipadas* en EEUU, hoy llamadas en España *Documento de Instrucciones Previas* (DIP), para cubrir la necesidad de limitar los tratamientos médicos y asegurar el respeto a la autonomía del paciente [7].

No obstante, lo que surgió como solución al problema acabó formando parte de éste. Los DIP pasaron a tratarse como un fin en sí mismos en lugar de usarse como una herramienta en el proceso de comunicación entre familiares, paciente y profesionales [8]; debilitándose el significado ético, e incluso antropológico, que late en el fondo de estos documentos y les da significado [9].

Con el fracaso de los DIP, se impulsa en EEUU en los 90 y en España a principios del siglo XXI, el *Advance Care Planning* (ACP), la Planificación Anticipada de Decisiones (PAD) [9] en castellano, como proceso de comunicación eficaz para evitar conflictos éticos, asegurar un objetivo terapéutico común, respetar los deseos del paciente y establecer límites a la práctica médica.

En España se han seguido las mismas líneas de pensamiento que en EEUU, pero con un retraso significativo e incluso cometiendo los mismos errores [9]. De hecho, se ha visto replicado el mismo fracaso de los DIP, pues datos oficiales [10,11] muestran que solo un 0,66% de la población española dispone de un DIP hoy en día.

Además, si se torna la mirada hacia el marco jurídico español, se observa un desarrollo legislativo [12-14] reciente siguiendo estas formas de pensamiento, impulsada por la propia sociedad española, que muestran la preocupación generalizada de asegurar el respeto por la autonomía [9] y de preservar la dignidad al final de la vida [2].

Más tarde, en el 2017, en España se propone un nuevo término: la *Planificación Compartida*

de la Atención (PCA) [15], lo que sería en inglés “*Shared Care Planning*”, definida como: *proceso deliberativo, relacional y estructurado, que facilita la reflexión y comprensión de la vivencia de enfermedad y el cuidado entre las personas implicadas, centrado en la persona que afronta una trayectoria de enfermedad, para identificar y expresar sus preferencias y expectativas de atención. Su objetivo es promover la toma de decisiones compartida en relación con el contexto actual y con los retos futuros de atención, como aquellos momentos en los que la persona no sea competente para decidir* [15,16].

La creación por parte de la *Asociación Española de PCA (AEPCA)* de este nuevo término y definición es consecuencia de la evolución de los términos y prácticas desde las VA hasta la PAD, ya explicada previamente, viéndose necesario crear un término más adecuado que refleje con mayor exactitud los tres ámbitos del proceso [15], que son:

- El desarrollo de un plan de atención.
- La deliberación compartida entre los implicados en el proceso de enfermedad: paciente, familia y profesionales.
- La visión integral de la atención más allá del ámbito puramente sanitario.

2. Justificación

Se estima que actualmente en España alrededor de un 60% de las personas que mueren lo hace tras recorrer una etapa avanzada y terminal [4]. De hecho, otras fuentes [7] apuntan a que aproximadamente tres cuartas partes de los españoles morirán por enfermedades crónicas degenerativas, siendo por tanto uno de los desafíos más relevantes y urgentes del sistema sanitario debido a la implicación de múltiples recursos sanitarios y sociales para poder garantizar una atención integral y de calidad [4,5].

En vistas de esta gran evolución terminológica y teórica, y todos estos antecedentes éticos, históricos y jurídicos; queda valorar si también se ha logrado integrar en la práctica asistencial en España a día de hoy. Para resolver estas dudas, es necesario realizar estudios que valoren la aplicación real en la práctica asistencial de la PCA, así como determinar los conocimientos y las actitudes de los profesionales sanitarios, pacientes y familiares ante la PCA.

Muchos estudios [17-24] han determinado la aplicación de la PCA en diferentes ámbitos sanitarios (UCI, Atención Primaria, hospitalización) en España, así como también han valorado las actitudes, los conocimientos y las habilidades de los profesionales sanitarios ante los DIP y la PCA.

Sin embargo, resulta sorprendente que aún no existan estudios en España que determinen los conocimientos y las actitudes de los pacientes, familiares y profesionales sanitarios que los atienden, interrelacionando los tres elementos claves que participan en la toma de decisiones del proceso deliberativo de la PCA; ni tampoco se dispone de información actualizada sobre la PCA específicamente en pacientes oncológicos hospitalizados [25].

3. Objetivos

A través de este estudio, se busca determinar el uso de la PCA en pacientes oncológicos hospitalizados en un hospital público de Madrid; e identificar los conocimientos y las actitudes de estos pacientes, sus familiares y de los profesionales sanitarios que los atienden.

4. Método

Estudio observacional, descriptivo y transversal realizado entre septiembre y octubre de 2020 mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia a pacientes, familiares y profesionales sanitarios de un hospital público terciario de la Comunidad de Madrid.

El ámbito de estudio fue el Servicio de Oncología del Hospital Universitario Puerta de Hierro de Majadahonda.

4.1. Conocimiento y actitudes de los pacientes y familiares

En la planta del Servicio de Oncología Médica y Radioterápica hay 26 habitaciones individuales, donde ingresan alrededor de 120 pacientes al mes. De éstos, aproximadamente dos tercios son oncológicos; siendo la media de unos 80 pacientes oncológicos mensuales, con un acompañante por paciente.

Se calcula el tamaño muestral para un Intervalo de Confianza del 95%, una heterogeneidad del 50% y un margen de error del 5%, obteniendo así que para que sea significativa se necesita una muestra (n) de 67 pacientes y familiares.

Los criterios de inclusión fueron: todo paciente a cargo del Servicio de Oncología Médica o del Servicio de Oncología Radioterápica, hospitalizado en la planta de Oncología durante el periodo de estudio y sus familiares o allegados, que fuesen mayores de edad (>18 años) y competentes.

Para la recogida de datos se diseñaron 2 encuestas estructuradas, sobre conocimientos y actitudes ante la PCA una para pacientes (Anexo 1) y otra para familiares (Anexo 2), voluntarias con preguntas dicotómicas y respuesta múltiple, dirigidas siempre por la investigadora principal para evitar errores de interpretación tanto en las preguntas como en las respuestas.

4.2. Conocimiento, habilidades y actitudes de los profesionales sanitarios

La población diana estaba constituida por 75 profesionales sanitarios del Servicio de Oncología: 24 médicos de Oncología Médica (incluyendo 10 residentes en formación, 18 médicos de Oncología Radioterápica (incluyendo 8 residentes en formación), 18 enfermeras y 15 Técnicos de Cuidados Auxiliares de Enfermería (TCAE). Se calcula el tamaño muestral para un Intervalo de Confianza del 95%, una heterogeneidad del 50% y un margen de error del 5%, obteniendo así una muestra (n) de 63 encuestas de profesionales.

Los criterios inclusión fueron todos los médicos, residentes en formación de medicina (MIR), enfermeras y TCAE, con más de 6 meses de experiencia en planta de Oncología.

Para la recogida de datos se diseñó un cuestionario *ad-hoc* estructurado y autoadministrado a través de la plataforma *GoogleForms* (Anexo 3) constituido por 50 preguntas, con variables tipo Likert, dicotómicas, y de respuesta múltiple, 5 ítems relacionados con variables sociodemográficas, y 45 ítems con variables cualitativas, organizadas en 5 apartados: Uso profesional; Aspectos normativos; Conocimientos y garantías; Uso personal; Actitudes.

El proceso de validación de los cuestionarios se realizó mediante panel de expertos y prueba pilo-

to. El panel de expertos estuvo formado por miembros de la *Asociación Española de la Planificación Compartida de la Atención* (AEPCA) constituido por médicos, enfermeras y psicólogas expertos en Bioética, Cuidados Paliativos y Planificación Compartida de la Atención. La prueba piloto se realizó con profesionales del ámbito del objeto de estudio.

Intervención: Con previa autorización de los jefes del Servicio de Oncología Médica y Radioterápica, y del Supervisor de Enfermería de Oncología, y la aprobación por parte del Comité de Ética de Investigación (CEI) del centro, se informó a todos los participantes del objetivo del estudio y fueron invitados a participar de manera voluntaria en el mismo.

A cada participante se le aseguró la máxima confidencialidad y anonimato.

Se realizó un análisis descriptivo de las variables categóricas obteniendo su distribución de frecuencias y proporciones. Para la comparación de variables cualitativas se utiliza la prueba de Chi² (X²) de Pearson. De las variables cuantitativas, se hallan las medidas de tendencia central y dispersión, con intervalos de confianza del 95% (IC95%) si la distribución es normal. Para su comparación se utiliza la T de Student. El nivel de significación estadística se establece en p<0.05. Se emplea el programa de análisis estadístico SPSS v.18.

5. Resultados

5.1. Conocimientos y actitudes de los pacientes y familiares

Se contactaron con los pacientes con capacidad para contestar a una entrevista, y la mayoría, contaban con un familiar de acompañante, solicitándoles a los dos su participación voluntaria en el estudio. Todos los pacientes y familiares a quienes se ofreció participar en el estudio accedieron, siendo la tasa de participación del 100%.

Se entrevistaron solo 14 pacientes y 11 familiares durante el periodo de estudio, debido a las dificultades derivadas por la situación de pandemia actual que disminuyeron significativamente el número de ingresos de este tipo de patologías. Debido a que la muestra fue tan escasa, solo se ha reali-

zado una distribución de frecuencias y porcentajes de las variables. Se continúan entrevistando a pacientes y familiares.

En cuanto a las variables sociodemográficas de los pacientes y familiares, quedan reflejadas en la *tabla 1*.

Tabla 1. Variables sociodemográficas en pacientes y familiares.

| Variables sociodemográficas | | Pacientes % (N) | Familiares % (N) |
|---|------------------|-----------------|------------------|
| Edad | Media de edad | 59,6 | 58,2 |
| Sexo | Varón | 50% (7) | 9,1% (1) |
| | Mujer | 50% (7) | 90,9% (10) |
| Estudios | Primarios | 21,4% (3) | 27,2% (3) |
| | Secundarios | 21,4% (3) | 45,4% (5) |
| | Universitarios | 57,1% (8) | 27,2% (3) |
| Estado Civil | Soltero | 14,2% (2) | 27,3% (3) |
| | Casado | 64,2% (9) | 63,6% (7) |
| | Viudo | 14,2% (2) | 0% (0) |
| | Otros | 7,1% (1) | 9,1% (1) |
| Convivencia en domicilio | Solo | 21,4% (3) | 18,1% (2) |
| | En pareja | 50% (7) | 63,6% (7) |
| | Con hijos | 14,2% (2) | 9,1% (1) |
| | En residencia | 0% (0) | 0% (0) |
| | Otros | 7,1% (1) | 9,1% (1) |
| Número de personas en domicilio | Solo | 21,4% (3) | No valorado |
| | Dos | 35,7% (5) | |
| | Tres | 14,2% (2) | |
| | Cuatro | 7,1% (1) | |
| | Cinco | 21,4% (3) | |
| Tipo de enfermedad oncológica | Digestivo | 57,1% (8) | |
| | Ginecológico | 14,2% (2) | |
| | Neurológico | 7,1% (1) | |
| | Hematológico | 7,1% (1) | |
| | Cutáneo | 7,1% (1) | |
| Ingreso previo en hospital | Sí | 100% (14) | |
| | No | 0% (0) | |
| Meses desde último ingreso | Menos de un mes | 42,8% (6) | |
| | Menos de 6 meses | 35,7% (5) | |
| | Más de 6 meses | 14,2% (2) | |
| | Más de 1 año | 7,1% (1) | |
| Ingreso previo en UCI | Sí | 35,7% (5) | |
| | No | 64,2% (9) | |
| Meses desde el último ingreso en UCI | Menos de 6 meses | 40% (2) | |
| | Más de 6 meses | 60% (3) | |
| Tiene interconsulta con Cuidados Paliativos | Sí | 14,2% (2) | |
| | No | 85,7% (12) | |
| Relación con paciente | Mujer | No valorado | 54,5% (6) |
| | Hermana | | 18,2% (2) |
| | Hermano | | 9,1% (1) |
| | Madre | | 9,1% (1) |
| | Hija | | 9,1% (1) |

En cuanto a las variables cualitativas, el 21,4% (3) desconocía que su enfermedad fuera crónica y evolutiva, frente al 100% (11) de los familiares que sí lo sabían. El 92,9% (13) de los pacientes se consideraba bien informado con respecto a su enfermedad, destacando que el 100% (5) de los que desconocían que su enfermedad fuera crónica y/o evolutiva, se consideraba bien informada.

Así, el 35,7% (5) de los pacientes respondieron que desearían tener más información sanitaria, y el 28,5% (4) considera no haber participado suficiente en la toma de decisiones acerca de su enfermedad, pero solo 21,4% (3) desearía tener mayor participación en la toma de decisiones.

Por otro lado, el 90,9% (10) de los familiares se consideraba bien informado, y el 18,2% (2) consideraban que el paciente no participaba suficiente en las decisiones sanitarias; frente al 45,5% (5) que refirieron que los familiares no participaban suficientemente. Cuando se les preguntó a los familiares si creían que el paciente desearía mayor participación en la toma de decisiones, el 27,3% (3) contestaron que sí, mientras que el 63,6% (7) que no y el 9,1% (1) refirió no saber.

Solo el 14,2% (2) de los pacientes y el 18,1% (2) de los familiares conocían el DIP, refiriendo haberlo conocido a través de los medios de comunicación y la enfermera. No obstante, el 78,5% (11) de los pacientes y el 72,7% (8) de los familiares serían partidarios de realizar un DIP; y el 85,7% (12) de los pacientes querrían que figurase en su Historia Clínica. Cabe destacar que los 2 pacientes que conocían los DIP, lo tenían redactado, pero no se lo habían comunicado a ningún profesional.

El 35,7% (5) de los pacientes contestaron que creían que tener el DIP realizado y accesible a los profesionales sanitarios, cambiaría la actitud de los mismos, frente a un 28,6% (4) que contestó que no sabía y un 35,7% (5) que no.

En cuanto a la PCA, ninguno de los pacientes y familiares entrevistados conocían la PCA, pero un 78,6% (11) de los pacientes y 72,7% (8) de los familiares expresaron que les gustaría disponer de más información al respecto. Además, cuando se les preguntó si les parecería bien que se repartiesen folletos informativos sobre la PCA y los DIP, un 92,9% (13) de los pacientes y un 100% (11) de los familiares afirmaron que sí estarían de acuerdo con ello.

5.2. Conocimientos, habilidades y actitudes de los profesionales sanitarios

Se entregaron 75 encuestas a los profesionales, recogándose 49 al finalizar el periodo de recepción (2 meses). La tasa de respuesta fue del 65,3%

De las características sociodemográficas, destaca que 77,6% (38) eran mujeres, el 32,7% (16) tenían entre 31-40 años de edad, el 36,7% (18) eran enfermeras, el 30,6% (15) TCAE, y el 16,3% médicos adjuntos y en formación, por igual. El 65,3% (32) tienen más de 11 años de experiencia laboral, y el 44,9% (22) señala tener formación en bioética durante la carrera, frente al 14,3% (7) ninguna.

De los resultados obtenidos con relación al uso profesional, destaca que el 85,7% (42) referían conocer los DIP y afirmaban que es una herramienta útil para los profesionales en la toma de decisiones. Además, conforme aumenta el rango de edad de los profesionales, disminuye el número de profesionales que referían conocer los DIP (un 100% en profesionales de 21-30 años frente al 80% de profesionales mayores de 60 años; $p=0,073$).

El 53,1% (26) señalaban que el DIP se respeta casi siempre cuando la situación lo requiere, frente al 20,4% (10) que señalaba que casi nunca. También, el 81,6% (40) respondieron que en caso de urgencia vital respetarían el DIP, y el 49% (24) refería que el representante legal (RL) facilita bastante la toma de decisiones, mientras que el 40,8% (20) indicaba que poco.

Por otro lado, el 98% (48) señalaba que es conveniente que previo a la redacción del DIP, paciente y representante hablen sobre los contenidos de la declaración y se aclaren y expresen valores, deseos y creencias.

En el apartado de aspectos normativos, el 53,1% (26) referían no saber cómo se otorga el DIP, el 67,3% (33) sabía que el DIP puede modificarse o anularse, pero tan solo un 36,7% (18) conocían todas las medidas que contempla el DIP, de los cuales, el 66,7% tenían entre 20-30 años ($p=0,001$).

Al tratar con pacientes ingresados en situación de incapacidad, el 62,5% de los médicos adjuntos indicaba que siempre se identifica al representante para que participe en la toma de decisiones, el 50% de los MIR y el 46,7% de los TCAE referían que casi siempre, y el 44,4% de las enfermeras que casi nunca ($p=0,078$).

Tabla 2. Principales resultados de conocimientos, habilidades y actitudes.

| VARIABLES CUALITATIVAS | PREGUNTAS | N (%) |
|------------------------|--|------------|
| Conocimientos | Conoce el DIP | 40 (81,6%) |
| | Sabe que no es obligatorio que el DIP esté inscrito en el Registro de la Comunidad para que sea válido | 8 (16,8%) |
| | Afirma que los profesionales están obligados a informar al paciente de su derecho a formular el DIP | 17 (34,7%) |
| | Conoce todas las medidas que contempla el DIP | 18 (36,7%) |
| | Sabe en qué consiste la PCA | 14 (28,6%) |
| Habilidades | Respetaría el DIP del paciente en caso de urgencia vital | 42 (85,7%) |
| | Revisa si el paciente dispone de DIP al ingresar en la planta | 26 (53,1%) |
| | Procura conocer si los pacientes a su cargo disponen de un DIP | 24 (49%) |
| | Sabe cómo consultar si un paciente dispone de DIP | 14 (28,6%) |
| | Alguna vez ha ayudado a un paciente a redactar un DIP | 2 (4,08%) |
| Actitudes | Considera que el DIP es una herramienta útil para los profesionales en la toma de decisiones | 42 (85,7%) |
| | Consideraría importante transmitir a los compañeros de trabajo que el paciente dispone de un DIP | 46 (93,9%) |
| | Incluiría el DIP en la Historia Clínica del paciente | 47 (95,5%) |
| | Alguna vez ha deliberado sobre sus deseos o voluntades para el final de su vida | 36 (73,5%) |
| | Considera importante identificar las necesidades paliativas en pacientes ingresados en su unidad | 48 (98%) |
| | Cree que es conveniente planificar y registrar los cuidados que desea recibir al final de la vida un paciente | 47 (95,9%) |
| | Considera que la PCA puede facilitar el trabajo de los profesionales sanitarios, el proceso de duelo de los familiares y el final de la vida del propio paciente | 43 (87,8%) |

Los principales resultados relacionados con los conocimientos, habilidades y actitudes ante la PCA quedan registrados en la tabla 2.

En cuanto a habilidades, el 80% de profesionales mayores de 50 y el 100% de los mayores de 60 años revisaban, cuando ingresa un paciente en su planta, si éste dispone de DIP ($p=0,005$).

El 71,4% (35) señalaba desconocer cómo consultar si un paciente ingresado en la planta dispone de un DIP; en concreto, el 83,3% de las enfermeras, seguido de un 80% de los TCAE, y un 62,5% de los médicos y MIR ($p=0,085$).

No obstante, el 93,9% (46) consideraba que, si el paciente tuviera un DIP, sería un dato relevan-

te para transmitir a sus compañeros de trabajo. De hecho, todos los profesionales afirmaban que sería un dato relevante a transmitir al resto de compañeros, excepto el 42,9% de los profesionales con más de 20 años de experiencia laboral ($p=0,001$). El 95,9% creían que debería estar incluido en la Historia Clínica.

Las principales variables sobre los conocimientos, habilidades y actitudes en función de la profesión quedan reflejadas en la tabla 3.

Con respecto al uso personal, el 73,5% (36) afirmaba haber deliberado alguna vez sobre sus deseos o voluntades para el final de su vida, al igual que el 77,6% (38) señalaba haber hablado sobre ello

con algún familiar, amigo o conocido. No obstante, tan solo 2 profesionales, ambos TCAE, tenían redactado un DIP (4,08%), presentando significación estadísticamente significativa en función de la edad: todos de los mayores de 60 años (1) y el 6,7% (1) de las personas entre 41-50 habían redactado su DIP ($p < 0,001$). La mayoría de los demás profesionales referían no haber dispuesto de tiempo para redactarlo.

En cuanto a la PCA, el 71,4% (35) no sabían en qué consiste y tan solo 6,1% (3) seleccionó las

tres medidas como efectivas para respetar los deseos del paciente: RL, DIP y PCA. Específicamente, un 25% (2) de los médicos adjuntos y un 5,6% (1) de las enfermeras seleccionaron las 3 opciones ($p = 0,045$).

Asimismo, el 86,7% (13) de los TCAE, el 77,8% (14) de las enfermeras, el 50% (4) de los médicos adjuntos, y solamente el 25% (2) de los MIR, consideraban que los pacientes desearían mayor participación en la toma de decisiones sanitarias ($p = 0,087$).

Tabla 3. Relación entre profesión y variables sobre los conocimientos, habilidades y actitudes PCA

| Variables cualitativas | Profesión | N (%) | Sí | No | p |
|--|------------|------------|-------|-------|-------|
| ¿Conoce el DIP? | Enfermería | Frecuencia | 16 | 2 | 0,064 |
| | | Porcentaje | 88,9% | 11,1% | |
| | TCAE | Frecuencia | 10 | 5 | |
| | | Porcentaje | 67,7% | 33,3% | |
| | MIR | Frecuencia | 8 | 0 | |
| | | Porcentaje | 100% | 0 | |
| | M. Adjunto | Frecuencia | 8 | 0 | |
| | | Porcentaje | 100% | 0 | |
| ¿Confirma con los pacientes y sus familiares si dispone de un DIP? | Enfermería | Frecuencia | 1 | 17 | 0,013 |
| | | Porcentaje | 5,6% | 94,4% | |
| | TCAE | Frecuencia | 2 | 13 | |
| | | Porcentaje | 13,3% | 86,7% | |
| | MIR | Frecuencia | 0 | 8 | |
| | | Porcentaje | 0 | 100% | |
| | M. Adjunto | Frecuencia | 4 | 4 | |
| | | Porcentaje | 50% | 50% | |
| ¿Le ha solicitado información sobre el DIP algún paciente? | Enfermería | Frecuencia | 3 | 15 | 0,012 |
| | | Porcentaje | 16,7% | 83,3% | |
| | TCAE | Frecuencia | 1 | 14 | |
| | | Porcentaje | 6,7% | 93,3% | |
| | MIR | Frecuencia | 1 | 7 | |
| | | Porcentaje | 12,5% | 87,5% | |
| | M. Adjunto | Frecuencia | 5 | 3 | |
| | | Porcentaje | 62,5% | 37,5% | |

| Variables cualitativas | Profesión | N (%) | Sí | No | p |
|---|------------|------------|-------|-------|--------|
| ¿Alguna vez ha informado a un paciente sobre el DIP? | Enfermería | Frecuencia | 2 | 16 | <0,001 |
| | | Porcentaje | 11,1% | 88,9% | |
| | TCAE | Frecuencia | 0 | 15 | |
| | | Porcentaje | 0% | 100% | |
| | MIR | Frecuencia | 3 | 5 | |
| | | Porcentaje | 37,5% | 62,5% | |
| | M. Adjunto | Frecuencia | 6 | 2 | |
| | | Porcentaje | 75% | 25% | |
| ¿Alguna vez ha ayudado a un paciente a redactar un DIP? | Enfermería | Frecuencia | 0 | 18 | 0,014 |
| | | Porcentaje | 0 | 100% | |
| | TCAE | Frecuencia | 0 | 15 | |
| | | Porcentaje | 0 | 100% | |
| | MIR | Frecuencia | 0 | 8 | |
| | | Porcentaje | 0 | 100% | |
| | M. Adjunto | Frecuencia | 2 | 6 | |
| | | Porcentaje | 25% | 75% | |
| ¿Alguna vez le ha solicitado información sobre el DIP algún familiar? | Enfermería | Frecuencia | 1 | 17 | 0,032 |
| | | Porcentaje | 5,6% | 94,4% | |
| | TCAE | Frecuencia | 0 | 15 | |
| | | Porcentaje | 0% | 100% | |
| | MIR | Frecuencia | 3 | 5 | |
| | | Porcentaje | 37,5% | 62,5% | |
| | M. Adjunto | Frecuencia | 2 | 6 | |
| | | Porcentaje | 25% | 75% | |
| ¿Sabe en qué consiste la PCA? | Enfermería | Frecuencia | 8 | 10 | 0,004 |
| | | Porcentaje | 44,4% | 55,6% | |
| | TCAE | Frecuencia | 1 | 14 | |
| | | Porcentaje | 6,7% | 93,3% | |
| | MIR | Frecuencia | 0 | 8 | |
| | | Porcentaje | 0% | 100% | |
| | M. Adjunto | Frecuencia | 3 | 5 | |
| | | Porcentaje | 62,5% | 37,5% | |

| Variables cualitativas | Profesión | N (%) | Sí | No | p |
|--|------------|------------|-------|-------|-------|
| ¿Alguna vez ha iniciado conversaciones sobre el final de la vida y calidad de vida con un paciente? | Enfermería | Frecuencia | 15 | 3 | 0,043 |
| | | Porcentaje | 83,3% | 16,7% | |
| | TCAE | Frecuencia | 8 | 7 | |
| | | Porcentaje | 53,3% | 46,7% | |
| | MIR | Frecuencia | 7 | 1 | |
| | | Porcentaje | 87,5% | 12,5% | |
| | M. Adjunto | Frecuencia | 8 | 0 | |
| | | Porcentaje | 100% | 0% | |
| ¿Alguna vez ha planificado con un paciente los cuidados que desearía recibir para el final de su vida? | Enfermería | Frecuencia | 9 | 9 | 0,009 |
| | | Porcentaje | 50% | 50% | |
| | TCAE | Frecuencia | 4 | 11 | |
| | | Porcentaje | 26,7% | 73,3% | |
| | MIR | Frecuencia | 5 | 3 | |
| | | Porcentaje | 62,5% | 37,5% | |
| | M. Adjunto | Frecuencia | 8 | 0 | |
| | | Porcentaje | 100% | 0 | |
| ¿Considera que los pacientes ingresados participan suficientemente en las decisiones sanitarias? | Enfermería | Frecuencia | 5 | 13 | 0,046 |
| | | Porcentaje | 27,8% | 72,2% | |
| | TCAE | Frecuencia | 7 | 8 | |
| | | Porcentaje | 46,7% | 53,3% | |
| | MIR | Frecuencia | 7 | 1 | |
| | | Porcentaje | 87,5% | 12,5% | |
| | M. Adjunto | Frecuencia | 4 | 4 | |
| | | Porcentaje | 50% | 50% | |
| ¿Le gustaría recibir formación PCA ? | Enfermería | Frecuencia | 18 | 0 | 0,031 |
| | | Porcentaje | 100% | 0 | |
| | TCAE | Frecuencia | 14 | 1 | |
| | | Porcentaje | 93,3% | 6,7% | |
| | MIR | Frecuencia | 5 | 3 | |
| | | Porcentaje | 62,5% | 37,5% | |
| | M. Adjunto | Frecuencia | 8 | 0 | |
| | | Porcentaje | 100% | 0% | |

Por otro lado, el 95,9% (47) creía conveniente planificar y registrar los cuidados que se desean recibir al final de la vida y el 87,8% (43) consideraba que realizar una PCA puede facilitar el trabajo de los profesionales sanitarios, el proceso de duelo de los familiares y el final de la vida del propio paciente.

No obstante, el 46,9% (23) refería que no dispone de las herramientas comunicativas necesarias para abarcar estas conversaciones sobre el final de la vida, y el 44,9% (22) consideraba que no dispone de la formación adecuada para apoyar a familiares y pacientes en el final de la vida.

Al 91,8% (45) le gustaría recibir formación en relación a la PCA, al igual que consideraba importante protocolizar la Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET) en el servicio y la sedación paliativa.

A mayor formación en bioética, mayor era el número de profesionales que inician conversaciones sobre el final de la vida con los pacientes ($p=0,083$), que planifican con enfermos los cuidados que desearían para el final de la vida ($p=0,072$) y que les ayudan a redactar un DIP ($p<0,001$).

6. Discusión

Como ya se ha descrito en otros estudios [15,16,27-32], la PCA ofrece muchos beneficios tanto para el paciente, la familia como el equipo sanitario, ya que promueve la toma de decisiones de manera compartida [28,33], asegura la comprensión de la enfermedad, cuidados, pronóstico y expectativas, favorece la expresión de miedos y dudas [1,3,16,31,32,34] y facilita el duelo del paciente y de la familia [30]. Además, aumenta la calidad de vida del paciente [1,35] al permitir individualizar los cuidados en función de la biografía y valores de éste [31,32,36].

Hay que señalar que éste es el primer estudio realizado en España que valora la PCA tanto en profesionales, familiares y pacientes oncológicos, por lo que la comparación de los resultados se realizará en base a la evidencia hallada en otros ámbitos. En el estudio de Antolin *et al.* [37] sobre el grado de conocimiento del documento de voluntades anticipadas (DVA) por el enfermo crónico que acude a urgencias, los acompañantes solían ser mujeres y solían presentar mejores conocimientos sobre la enfermedad del paciente que el

propio paciente. Además, solamente un 5% había recibido información con respecto al DVA pero un 46% se mostraba favorable a realizar uno. También, la mayoría de los pacientes se mostraron partidarios a que se repartiesen folletos informativos en el hospital. Al igual que en nuestro estudio, el 90,9% de los acompañantes eran mujeres, probablemente porque la mujer suele adoptar el rol de cuidadora. La amplia mayoría de los pacientes y sus familiares desconocían los DIP y la PCA, pero se mostraban favorables a realizar un DIP y a recibir más información sobre estos temas. Así, también se mostraban partidarios de que se repartiesen folletos informativos sobre los DIP y la PCA en el hospital.

Estos resultados son similares a los de múltiples estudios [17,19,21,24], destacando el de Herreros B *et al.* [21], sobre los conocimientos de los DIP en pacientes de medicina interna, que también muestran que pocos pacientes conocen los DIP, al igual que sus familiares, aunque en menor medida. Asimismo, en este estudio la mayoría de los pacientes también se muestran favorables a realizar unos DIP, y además querían que queden reflejadas en su Historia Clínica; al igual que en nuestro estudio, en el cual un 85,7% de los pacientes también quería que figurasen en su Historia Clínica.

Cabe destacar que los dos pacientes que conocían los DIP, lo tenían redactado, pero no se lo habían comunicado a ningún profesional, lo que también muestra la falta de comprensión por parte de los pacientes y familiares ante el sentido de realizar un DIP.

Con respecto a los profesionales y en la línea de los resultados obtenidos en los pacientes y familiares, se identifica que la implementación de la PCA en la planta de Oncología es aún muy escasa. Tan solo el 28,6% de los profesionales encuestados conocían la PCA, y casi la mitad (46,9%) negaban haber planificado alguna vez con un enfermo estos cuidados. No obstante, aunque los profesionales sanitarios presentaban conocimientos deficientes mostraban una actitud muy favorable; ya que un 95,9% creía que era conveniente planificar y registrar los cuidados que desea recibir el paciente para el final de su vida, al igual que un 87,8% consideraban que facilitaba el trabajo de los profesionales, el proceso de duelo de los familiares y el final de la vida del paciente, mostrando interés en recibir formación sobre la PCA el 91,8%.

Estos resultados coinciden con los obtenidos sobre los conocimientos y actitudes en relación a la PCA y los DIP con profesionales sanitarios en diferentes ámbitos sanitarios en España [9,17,18,22,23,38]. En el estudio de Martínez *et al.* [39], en profesionales de atención primaria y especializada, destaca la actitud favorable de los profesionales frente a la falta de conocimientos en materia de la PCA y los DIP. Así, en el estudio de Velasco *et al.* [17] sobre las instrucciones previas en cuidados intensivos, destaca que un 90,3% desconocen todas las medidas contempladas en los DIP, el 90,6% no conoce si los pacientes a su cargo poseen uno y en caso de urgencia vital el 29,9% no lo respetaría. No obstante, el 82,8% consideraba que era útil. En nuestro estudio, un 63,3% tampoco conocen todas las medidas recogidas en el DIP, el 51% no procura saber si un paciente a su cargo posee uno y en caso de urgencia vital el 14,3% no lo respetaría. Sin embargo, también se da la paradoja de que a pesar de tener conocimientos deficientes sobre los DIP, los profesionales muestran actitudes favorables hacia su utilidad, considerando el 85,7% que es una herramienta útil para facilitar la toma de decisiones.

Como limitación de este estudio, se podría considerar que solo se ha realizado en un hospital, lo que impide generalizar los resultados. No obstante, cabe destacar que es el primero en mostrar la vivencia real de la PCA en un servicio de oncología, tanto en pacientes, familiares como profesionales sanitarios, por lo que podría tener proyección en otros hospitales y comunidades. Otro aspecto por considerar es que la situación de pandemia actual ha provocado una menor tasa de hospitalización de pacientes oncológicos en el centro, así como una restricción en las visitas a los familiares, por consiguiente de participación.

Por último, diferentes autores [9,17,33,40,41] explican la falta de PCA en la práctica asistencial apuntando a una falta de formación, a la escasez de recursos sociosanitarios y económicos, la falta de compromiso institucional, los obstáculos para su implementación en el propio sistema de salud y la consiguiente falta de vocación de los profesionales causado por el *síndrome de burnout*. En el estudio de Granero Moya N *et al.* [40] sobre las dificultades de las enfermeras en atención primaria en los procesos de planificación anticipada de las decisiones en Jaén, las enfermeras refieren que resulta complicado para ellas debido a la presencia de

emociones negativas, la falta de experiencia, falta de tiempo, pactos de silencio en la familia y la incomodidad de hablar sobre la muerte, entre otros. De hecho, en nuestro estudio el 46,9% de los profesionales considera que no posee las habilidades comunicativas necesarias para abarcar conversaciones sobre el final de la vida. Así, el 71,4% desconoce cómo saber si un paciente dispone de DIP y el 95,9% consideraría importante que estuviese accesible en la Historia Clínica del paciente. Facilitando el acceso de esta información a los profesionales, asegurando una formación en cuanto a conocimientos y en materia de bioética, así como estableciendo un apoyo de recursos sociosanitarios, se solventarían estas inseguridades e inconvenientes para los profesionales.

7. Conclusiones

Los profesionales sanitarios poseen conocimientos y habilidades deficientes ante la PCA, pero muestran actitudes positivas ante los beneficios que ofrece y su implementación. Los profesionales presentan bajos conocimientos relacionados con las medidas que contemplan los DIP, la regulación autonómica y el proceso de PCA, especialmente los TCAE. La mayoría de los profesionales nunca o casi nunca saben si un paciente dispone de DIP y la mitad considera que los pacientes no participan suficientemente en la toma de decisiones sanitarias. No obstante, la mayoría alguna vez ha iniciado conversaciones sobre el final de vida con los pacientes, especialmente los médicos y las enfermeras, aunque casi la mitad señalan no disponer de las herramientas comunicativas necesarias para abarcar estas conversaciones sobre el final de la vida, ni disponer de la formación adecuada para apoyar a familiares y pacientes en dicho proceso. Sin embargo, muestran una gran predisposición a recibir mayor formación sobre la PCA y valoran la utilidad y necesidad de ésta, aunque en menor medida los MIR.

Puesto que los conocimientos ante la PCA son escasos en los profesionales sanitarios, esto naturalmente se traslada a los pacientes y sus familiares. La gran mayoría de los pacientes y sus familiares desconocían los DIP y ninguno la PCA; y más de la mitad de los pacientes no sabían, o negaban, que tener un DIP redactado fuese a modificar las acti-

tudes de los profesionales sanitarios. No obstante, se mostraban dispuestos a redactar uno, y la gran mayoría querían recibir más información en cuanto al DIP y la PCA.

Por tanto, la mayoría de los pacientes se consideraban bien informados, aunque les gustaría tener más información y participar más en la toma de decisiones sanitarias; mientras que casi la mitad de los familiares consideraban no participar suficientemente en la toma de decisiones.

Es evidente que la PCA es fundamental en la práctica clínica diaria y que aún no se está aprovechando todo el potencial y valor de la misma en España. Uno de los principales obstáculos a los que enfrentarse es la falta de formación de los profesionales, que se traslada también a la población general. Sin formación, los profesionales dudan y temen abarcar temas sobre el final de la vida, retrasando el momento de iniciar conversaciones sobre el final de la vida y planificación de los cuidados deseados por el paciente, por lo que cuando llega este momento, surgen muchas dudas tanto para los familiares como para el equipo sanitario. Una buena educación en materia de bioética es la clave para superar el tabú de la muerte y la enfermedad, y mejorar la relación clínica entre paciente, familia y equipo sanitario, basándola en la confianza, el respeto y la comunicación.

Asimismo, es preciso también una revolución cultural sanitaria, que busque superar el tabú de la muerte, permitiendo así una verdadera comunicación entre profesional sanitario y paciente, y que defienda el sentido más trascendental de la PCA. Esto es, la PCA vista más allá de la defensa de la autonomía del paciente, como una herramienta clave para ofrecer una atención integral, holística y humana que permita cubrir también las necesidades emocionales, sociales, espirituales y psicológicas del paciente; además de desarrollar una cultura sanitaria basada en el acompañamiento, el respeto a la dignidad, la deliberación y la excelencia.

Agradecimientos

En primer lugar, agradecer a Tayra Velasco Sanz por su tiempo, dedicación y esfuerzo en formarme en materia de bioética y de investigación clínica. Agradecer también a los jefes de servicio de Oncología Médica y Radioterápica, a supervisión de enfermería y a todo el equipo de profesionales de la planta de Oncología del Hospital Puerta de Hierro por participar en las encuestas. Por último, agradecer también a los pacientes y a los familiares, ya que sin ellos este trabajo de investigación no habría sido posible.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wright AA, Zhang B, Ray A, Mack JW, Trice E, Balboni T, et al. Associations between end-of-life discussions, patient mental health, medical care near death, and caregiver bereavement adjustment. *JAMA - J Am Med Assoc* [Internet]. 2008 Oct 8 [citado 1 Feb 2020];300(14):1665-73. doi: 10.1001/jama.300.14.1665. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18840840>
2. Hooft PF, Hooft L. Bioética en el final de la vida. El derecho a morir en paz. La autonomía personal y las directivas anticipadas. Reflexiones en torno a la Ley de la Muerte Digna [Internet]. *Rev Bioethikos* [Internet]. 2013 [citado 2 Feb 2020];7(1):91-111. Disponible en: <http://www.saocamilo-sp.br/pdf/bioethikos/99/documenta.pdf>
3. Velasco Sanz TR. Últimas voluntades: su importancia en pacientes ingresados en cuidados intensivos. Saarbrücken, Alemania: Editorial Académica Española; 2016. 237p.
4. Ministerio de Sanidad y Política Social. Unidad de Cuidados Paliativos. Estándares y recomendaciones [Internet]. España, 2009 [citado sept 2020]. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/cuidadospaliativos.pdf>
5. Oriol I. Informe de la situación actual en Cuidados Paliativos. Área de Programas y Servicios, Área de Relaciones Institucionales, Observatorio [Internet]. Junio 2014 [citado 20 sept 2020]. Disponible en: <http://www.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST3145ZI178957&id=178957>
6. Comité de Bioética de Cataluña. Recomendaciones a los profesionales sanitarios para la atención a los enfermos al final de la vida [Internet]. Cataluña: Fundació Víctor Grífols i Lucas; 2010 [citado 2 Feb 2020]. Disponible en: <http://comitebioetica.cat/wp-content/uploads/2012/02/cbcfvidaes.pdf>

7. Gómez-Batiste X, Pascual A, Espinosa J, Caja C. Diseño, implementación y evaluación de programas públicos de cuidados paliativos. *Med Clin*. 2010;135(4):179-85.
8. Murphy P, Kreling B, Kathryn E, Stevens M, Lynn J, Dulac J. Description of the SUPPORT intervention. Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks of Treatments. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2000 [citado 20 Jun 2020];48(5 Suppl):S154-61. Disponible en: <http://ovidsp.ovid.com/ovidweb.cgi?T=JS&PAGE=reference&D=med4&NEWS=N&AN=10809469>
9. Altisent R, Júdez J. El reto de la planificación anticipada de la atención al final de la vida en España. *Med Paliat* [Internet]. 2016 [citado 2 Feb 2020];23(4):163-4. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-paliativa-337-articulo-el-reto-planificacion-anticipada-atencion-S1134248X16300490>
10. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Número de inscripciones en el Registro Nacional de Instrucciones Previas desde la sincronización completa de los registros autonómicos [Internet]. 2018 Enero; [citado 20 Junio 2020]. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/ciudadanos/rnlp/doc/Documentos-2020/2020_Numero_Inscripciones_en_el_Registro_Nacional_de_Instrucciones_Previas_desde_la_sincronizacion_completa.pdf
11. Instituto Nacional de Estadística. Población residente en España hasta 1 enero 2020 [Internet]. 2020 Enero; [citado 19 Junio 2020]. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=31304#!tabs-tabla>
12. Jefatura del Estado. 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. *Boletín Oficial del Estado (BOE)* 2002 p. 40126-32. Ref BOE-A-2002-22188.
13. Ministerio de Sanidad y Consumo. Real Decreto 124/2007, de 2 de febrero por el que se regula el registro nacional de instrucciones previas y el correspondiente fichero automatizado de datos de carácter personal. *Boletín Oficial del Estado (BOE)* 2007. Ref BOE-A-2007-3160.
14. Comunidad de Madrid. Ley 4/2017, de 9 de marzo, de Derechos y Garantías de las Personas en el Proceso de Morir. *Boletín Oficial del Estado (BOE)* 2017. Ref BOE-A-2017-7178.
15. Saralegui Reta I. Planificación Compartida de la Atención y Voluntades Anticipadas. Curso verano Universidad del País Vasco (UPV) – Los derechos de las personas en el final de la vida. 4-5 julio 2019, Palacio de Miramar, Donostia. Disponible en: http://www.ararteko.net/RecursosWeb/DOCUMENTOS/1/2_4755_3.pdf
16. Saralegui I, Lasmarías C, Júdez J, Pérez de Lucas N, Fernández J, Velasco T, et al. Claves en la planificación compartida de la atención. Del diálogo al documento. En: *Monografías SECPAL sobre Cronicidad Avanzada*. Madrid: Inspira Network; 2018. p.87-9.
17. Velasco Sanz TR, Rayón Valpuesta E. Instrucciones previas en cuidados intensivos: competencias de los profesionales sanitarios. *Med Intensiva* [Internet]. 2016 [citado 2 junio 2020];40(3):154-162. DOI: 10.1016/j.medin.2015.04.011. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582016000100017
18. Simón Lorda P, Tamayo Velázquez MI, Vázquez Vicente A, Durán Hoyos A, Pena González J, et al. Conocimientos y actitudes de los médicos en dos áreas sanitarias sobre las voluntades vitales anticipadas. *Aten Primaria* [Internet]. 2008 [citado 8 Feb 2020];40(2):61-8. DOI: 10.1157/13116148. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-conocimientos-actitudes-los-medicos-dos-13116148>
19. Antolín A, Sánchez M, Llorens P, Martín Sánchez FJ, González Armengol JJ, et al. Conocimiento de la enfermedad y del testamento vital en pacientes con insuficiencia cardíaca. *Rev Esp Cardiol* [Internet]. 2010 [citado 26 Junio 2020];63(12):1410-8. Disponible en: <https://www.revespcardiol.org/es-conocimiento-enfermedad-del-testamento-vital-articulo-13188302?referer=buscador>
20. Pérez M, Herreros B, Martín MD, Molina J, Kanouzi J et al. Do Spanish Hospital Professionals educate their patients about Advance Directives? *Bioethical enquiry* [Internet]. 2016 [citado 27 Junio 2020];13:295-303. DOI: 10.1007/s11673-016-9703-7. Disponible en: <https://www.institutoeticaclinica.org/wp-content/uploads/Do-Spanish-Hospital-Professionals-Educate-Their-Patients%E2%80%93About-Advance-Directives.pdf>
21. Pérez M, Herreros B, Martín MD, Molina J, Guijarro C et al. Evolución del conocimiento y de la realización de instrucciones previas en pacientes ingresados en medicina interna. *Rev Calid Asist* [Internet]. 2013 [citado

- 27 Junio 2020];28(5):3017-312. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1134282X13000493?via%3Dihub>
22. Simón Lorda P, Tamayo Velázquez MI, Vázquez Vicente A, Durán Hoyos A, Pena González J, Jiménez Zurita P. Conocimientos y actitudes de los médicos en dos áreas sanitarias sobre las voluntades vitales anticipadas. *Rev Aten Primaria* [Internet]. 2008 [citado 23 Junio 2020];40: 61-8. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1130862108706880>
 23. Ameneiros Lago E, Carballada Rico C, Garrido Sanjuan JA. Conocimientos y actitudes de las instrucciones previas de los médicos de Atención Primaria y Especializada del área sanitaria de Ferrol. *Rev Calid Asist* [Internet]. 2013 [citado 20 Junio 2020];28:109-16. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1134282X1200098X>
 24. Molina J, Pérez M, Herreros B, Martín MD, Velasco M. Conocimiento y actitudes ante las instrucciones previas entre los pacientes de un hospital público de la Comunidad de Madrid. *Rev Clin Esp* [Internet]. 2011 [citado 20 Junio 2020];211:450-4. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0014256511003584>
 25. Johnson S, Butow P, Kerridge I, Tattersall M. Advance care planning for cancer patients: a systematic review of perceptions and experiences of patients, families and healthcare providers. *Rev Psychooncology* 2016 Abr;25(4):362-86. doi: 10.1002/pon.3926.
 26. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales [Internet]. España: Jefatura del Estado; 2018 [citado 10 Feb 2020]. BOE-A-2018-16673. Disponible en: <https://boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2018-16673&p=20190625&tn=2>
 27. VelascoSanzTR, LasmaríasMartínezC, CarrerasPlanesV. Planificación Compartida de la Atención: la COVID-19, ¿una oportunidad? *Rev Med Paliat*. 15 jun 2020;27(3):267-268. DOI: 10.20986/medpal.2020.1164/2020
 28. Sudore RL, Lum HD, You JJ, Hanson LC, Meier DE, Pantilat SZ, et al. Defining Advance Care Planning for Adults: A Consensus Definition From a Multidisciplinary Delphi Panel. *J Pain Symptom Manage*. 2017;53(5):821-32.e1. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2016.12.331.
 29. Thomas K. Overview and introducing to advance care planning. In: *Advance care planning in end of life care*. New York; Oxford University Press; 2011. p. 3-15.
 30. Hall A, Rowland C, Grande G. How Should End-of-Life Advance Care Planning Discussions Be Implemented According to Patients and Informal Carers? A Qualitative Review of Reviews. *J Pain Symptom Manage*. 2019;58(2):311-35. DOI: 10.1016/j.jpainsymman.2019.04.013.
 31. Carrero Planes V, Navarro Sanz R, Serrano Font M. Planificación adelantada de los cuidados en pacientes con enfermedades crónicas y necesidad de atención paliativa. *Med Paliativa*. 2016;23(1):32-41.
 32. Saralegui Reta I. Voluntades Anticipadas en la Atención Primaria [memoria]. Experiencia candidata para la convocatoria Buenas prácticas en el Sistema Nacional de Salud del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud; 2015; Vitoria-Gasteiz, País Vasco.
 33. Johnson S, Butow P, Kerridge I, Tattersall M. Advance care planning for cancer patients: a systematic review of perceptions and experiences of patients, families and healthcare providers. *Rev Psycho-oncology*. 2016;25:362-386. DOI: 10.1002/pon.3926
 34. Detering KM, Hancock AD, Reade MC, Silvester W. The impact of advance care planning on end of life care in elderly patients: randomised controlled trial. *BMJ* 2010; 340:c1345.
 35. Bischoff KE, Sudore R, Miao Y, Boscardin WJ, Smith AK. Advance care planning and the quality of end-of-life care in older adults. *J Am Geriatr Soc* 2013;61:209-214.
 36. Silveira MJ, Kim SY, Langa KM. Advance directives and outcomes of surrogate decision making before death. *N Engl J Med* 2010;362:1211-1218.
 37. Antolin A, Ambrós A, Mangirón P, Alves D, Sánchez M, Miró O. Grado de conocimiento del documento de voluntades anticipadas por el enfermo crónico que acude a urgencias. *Rev Clin Esp*. 2010;210:379-88
 38. Toro Flores R, Silva Mato A, Piga Rivero A, Alfonso Galán MT. Conocimientos y actitudes de médicos y enfermeras sobre las instrucciones previas. *Aten Primaria*. 2013;45:404-408.
 39. Martínez Gimeno ML, Cámara Escribano C, Honrubia Fernández T, Olmo Garía MC, Tovar Benito DH et al. Conocimientos y actitudes sobre las voluntades anticipadas en profesionales sanitarios. *J healthc*.

- qual. res. [Internet]. 2018[citado 20 sept 2020];33(5):270-277. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.jhqr.2018.05.005>
40. Granero Moya N, Frías Osuna A, Barrio Cantalejo IM, Ramos Morcillo AJ. Dificultades de las enfermeras de atención primaria en los procesos de planificación anticipada de las decisiones: un estudio cualitativo. *Rev Aten Primaria* [Internet]. 2016[citado 21 sept 2020];48(10):649-656. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2016.01.008>
41. Altisent R. Planificación anticipada de la atención. Se necesita una revolución educativa. *Rev Aten Primaria* [Internet]. 2013[citado 25 sept 2020];45(8):402-403. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2013.03.003>

ANEXO 1. Encuesta a pacientes.

**Hospital Universitario
Puerta de Hierro Majadahonda**
Comunidad de Madrid

**ENCUESTA PACIENTES***Datos sociodemográficos*

- **Edad** (en número)
- **Sexo** (varón/mujer)
- **Estudios** (primarios, secundarios, universitarios)
- **Estado civil** (soltero, casado, viudo, otros)
- **Convivencia en domicilio** (solo, en pareja, con hijo/a, residencia de ancianos, otros)
- **Número de personas en domicilio**
- **Tipo enfermedad oncológica**
- **Ingreso previo en el hospital** (sí/no)
- **Meses desde el último ingreso en el hospital**
- **Ingreso previo en UCI** (sí/no)
- **En caso afirmativo, meses desde el último ingreso en UCI**
- **Interconsulta con Cuidados Paliativos** (sí/no)

Datos cualitativos

1. Los profesionales me han explicado que la enfermedad que padezco es crónica. V/F
2. Los profesionales me han explicado que mi enfermedad es evolutiva. V/F
3. Me considero bien informado/a respecto a la evolución de mi enfermedad. V/F
4. Desearía tener más información sanitaria (enfermedad, tratamientos, cuidados...)de la que he tenido. V/F
5. Considero que he participado en la toma de decisiones sanitarias acerca de mi enfermedad. V/F
6. Desearía tener más participación en la toma de decisiones acerca de mi enfermedad que la que he tenido (cuidados, pruebas, tratamientos). V/F
7. Conozco y sé en qué consiste el Documento de Instrucciones Previas (DIP). V/F
En caso afirmativo ¿cómo ha obtenido la información? (familia, medios comunicación...)
8. Los profesionales sanitarios me han explicado qué es y en qué consiste el Documento de Instrucciones Previas. V/F
En caso afirmativo ¿Quién? (médico, enfermera, trabajador social...)
9. Soy partidario/a de realizar un Documento de Instrucciones Previas (DIP). V/F
10. ¿A quién designaría como representante en su DIP?
11. ¿Cree que tener el DIP realizado y accesible a los profesionales sanitarios, cambiaría la actitud de los mismos? Sí/No/No sabe.
12. ¿Le gustaría que su DIP figurase en la Historia Clínica? Sí/No/No sabe.
13. ¿Alguna vez le han hablado de la Planificación Compartida de la Atención (PCA)? Sí/No.
14. ¿Sabe en qué consiste la PCA? Sí/No.
15. En caso afirmativo ¿cómo ha obtenido la información? (familia, medios comunicación, profesionales sanitarios...)
16. ¿Le gustaría disponer de más información sobre el DIP y la PCA? Sí/No.
17. ¿Le parecería bien repartir folletos informativos acerca del DIP y la PCA en el hospital?

ANEXO 2. Encuesta a familiares.



Hospital Universitario
Puerta de Hierro Majadahonda
Comunidad de Madrid



ENCUESTA FAMILIARES O ALLEGADOS

Datos sociodemográficos

- **Edad** (en número)
- **Sexo** (varón/mujer)
- **Estudios** (primarios, secundarios, universitarios)
- **Estado civil** (soltero, casado, viudo, otros)
- **Convivencia en domicilio** (solo, en pareja, con hijo/a, con padres, otros)
- **Relación con el paciente**

Datos cualitativos

1. ¿Sabe que el/la paciente padece una enfermedad crónica? Sí/No.
2. ¿Sabe que la enfermedad que padece el paciente es evolutiva? Sí/No.
3. ¿Considera que el paciente está bien informado respecto a su enfermedad? Sí/No/No sabe.
4. ¿Se considera usted bien informado/a respecto a la enfermedad de su familiar? Sí/No.
5. ¿Desearía el paciente tener más información sanitaria (enfermedad, tratamientos, cuidados...)? Sí/No/No sabe.
6. ¿Desearía usted tener más información sanitaria (enfermedad, tratamientos, cuidados...)? Sí/No.
7. ¿Considera que el paciente participa suficientemente en las decisiones sanitarias (cuidados, pruebas, tratamientos...)? Sí/No/No sabe.
8. ¿Considera que usted participa suficientemente en las decisiones sanitarias (cuidados, pruebas, tratamientos...)? Sí/No.
9. ¿Cree que el paciente desearía mayor participación en la toma de decisiones con respecto a su atención y cuidados? Sí/No/No sabe.
10. ¿Desearía usted tener mayor participación en la toma de decisiones con respecto a su atención y cuidados? Sí/No.
11. ¿Sabe en qué consiste el documento de instrucciones previas (DIP)? Sí/No.
En caso afirmativo ¿cómo ha obtenido la información? (familia, medios comunicación...)
12. ¿Algún profesional le ha hablado del DIP? Sí/No.
En caso afirmativo ¿Quién? (médico, enfermera, trabajador social...)
13. ¿Sería usted partidario de redactar un DIP? Sí/No.
14. ¿Sabe usted qué significa ser representante del paciente? Sí/No.
15. ¿A quién designaría usted como representante en el DIP? Familiar; Amigo; profesional sanitario
16. ¿Aceptaría ser el representante del paciente? Sí/No.
17. ¿Alguna vez le han hablado de la Planificación Compartida de la Atención (PCA)? Sí/No.
18. ¿Sabe en qué consiste la PCA? Sí/No.
En caso afirmativo ¿cómo ha obtenido la información? (familia, medios comunicación, profesionales sanitarios...)
19. ¿Le gustaría disponer de más información sobre el DIP y la PCA? Sí/No.
20. ¿Le parecería bien repartir folletos informativos acerca del DIP y la PCA en el hospital?

ANEXO 3. Encuesta a profesionales.



Hospital Universitario
Puerta de Hierro Majadahonda
Comunidad de Madrid



ENCUESTA PROFESIONALES SANITARIOS

Anexo 3. Encuesta a profesionales sanitarios

Variables sociodemográficas:

- Sexo (hombre o mujer).
- Edad en años (21-30, 31-40, 41-50, 51-60, más de 60).
- Profesión (enfermero/a, médico/a adjunto, MIR, TCAE, otros).
- Años de experiencia como profesional sanitario (menos de 5, 5-10, 11-15, 16-20, más de 20).
- Formación en Bioética (ninguna, durante la carrera, cursos de formación, máster, doctorado).

Variables cualitativas:

Uso profesional

- ¿Conoce el Documento de Instrucciones Previas (DIP)? Sí/No.
- ¿Considera que el DIP es una herramienta útil para los profesionales sanitarios en la toma de decisiones? Sí/No/No sabe.
- ¿Cree que el DIP se respeta cuando la situación lo requiere, por ejemplo, al aplicar reanimación cardiopulmonar o un tratamiento previamente rechazado por el paciente? Nunca, casi nunca, casi siempre, siempre.
- ¿En caso de urgencia vital, respetaría el DIP del paciente? Sí/No/No sabe.
- ¿Considera que el representante/familiar facilita la toma de decisiones de los profesionales sanitarios? Mucho, bastante, poco, nada.
- ¿Es conveniente que, previo a la declaración de DIP, paciente y representante hablen sobre los contenidos de la declaración y se aclaren y expresen valores, deseos y creencias? Sí/No/No sabe.

Aspectos normativos

- ¿Debe el DIP estar inscrito en el Registro de la Comunidad de Madrid para que sea válido? Sí/No/No sabe.
- ¿Sabe como puede otorgarse el DIP? Sí/No
- Una vez inscrito el DIP, ¿puede ser modificado o anulado? Sí/No/No sabe.
- De las siguientes medidas, señale las que contempla el DIP (puede señalar las opciones que considere):
 - o Limitación del esfuerzo terapéutico (LET).
 - o Cuidados paliativos.
 - o Representante legal.
 - o Rechazo de tratamientos.
 - o Donación de órganos.
 - o Sedación paliativa.
- En pacientes ingresados en situación de incapacidad, ¿se identifica al representante para que participe en la toma de decisiones? Siempre, casi siempre, casi nunca, nunca.
- ¿Están los profesionales sanitarios en Madrid obligados por ley a proporcionar a sus pacientes información acerca de su derecho a formular la declaración de instrucciones previas? Sí/No/No sabe.
- ¿Los pacientes atendidos en instituciones sanitarias deben recibir al ingreso información por escrito de sus derechos, garantías y de las



obligaciones profesionales en relación con el derecho a formular instrucciones previas? Sí/No/No sabe.

Conocimientos y garantías

- Al ingresar un paciente en su planta, ¿revisa si dispone de un DIP redactado? Nunca, casi nunca, casi siempre, siempre.
- ¿Confirma con los pacientes y sus familiares si se dispone de un DIP? Nunca, casi nunca, casi siempre, siempre.
- ¿Procura conocer si los pacientes a su cargo disponen de un DIP? Nunca, casi nunca, casi siempre, siempre.
- ¿Sabe cómo puede consultar si un paciente ingresado en la planta dispone de un DIP? Sí/No.
- Si el paciente tuviera un DIP redactado, ¿consideraría que sería un dato relevante para transmitir a sus compañeros de trabajo? Sí/No/No sabe.
- Si el paciente tuviera un DIP redactado, ¿debería incluirlo en la historia clínica? Sí/No/No sabe.
- ¿Le ha solicitado información sobre el DIP algún paciente? Sí/No
- ¿Alguna vez ha ayudado a un paciente a redactar un DIP? Sí/No
- ¿Alguna vez ha informado a un paciente sobre el DIP? Sí/No
- ¿Le ha solicitado información sobre el DIP algún familiar? Sí/No

Uso personal

- ¿Alguna vez usted ha deliberado sobre sus deseos o voluntades para el final de su vida? Sí/No/No sabe.
- ¿Ha hablado de sus deseos o preferencias para el final de la vida con algún familiar, amigo o conocido? Sí/No/No sabe.
- ¿Usted tiene redactado un DIP? Sí/No
- En caso de no tenerlo, ¿por qué? (Seleccione solo una opción).
 - o No veo la necesidad.
 - o No veo la utilidad.
 - o No he tenido tiempo.
 - o No sé cómo hacerlo.
 - o No quiero redactarlo.

Planificación Compartida de la Atención (PCA)

- ¿Sabe en qué consiste la Planificación Compartida de la Atención (PCA)? Sí/No/No sabe
- De las siguientes medidas, ¿cuál considera que es más eficaz para respetar los deseos/voluntades del paciente?
 - o Figura del Representante legal.
 - o Documento de Instrucciones Previas (DIP).
 - o Planificación Compartida de la Atención (PCA).
 - o Todas.
- ¿Cree que es importante identificar las necesidades paliativas en pacientes ingresados en su unidad? Sí/No/No sabe.
- ¿Alguna vez ha iniciado conversaciones sobre el final de la vida y calidad de vida con un paciente? Sí/No
- ¿Alguna vez ha planificado con un enfermo los cuidados que desearía recibir al final de la vida en caso de incapacidad por enfermedad terminal o irreversible? Sí/No



**Hospital Universitario
Puerta de Hierro Majadahonda**

Comunidad de Madrid



- ¿Cree que es conveniente planificar y registrar los cuidados que se desean recibir al final de la vida? Sí/No/No sabe.
- ¿Considera que realizar una Planificación Compartida de la Atención (PCA) puede facilitar el trabajo de los profesionales sanitarios, el proceso de duelo de los familiares y el final de la vida del propio paciente? Sí/No/No sabe.
- ¿Considera que los pacientes ingresados están bien informados respecto a su enfermedad? Sí/No/No sabe.
- ¿Cree que los pacientes desearían mayor participación en la toma de decisiones con respecto a su atención y cuidados? Sí/No/No sabe
- ¿Considera que los pacientes participan suficientemente en las decisiones sanitarias (cuidados, pruebas, tratamientos...)? Sí/No/No sabe.
- ¿Considera que los familiares participan suficientemente en las decisiones sanitarias (cuidados, pruebas, tratamientos...)? Sí/No/No sabe.
- ¿Considera que dispone de las herramientas comunicativas necesarias para abarcar estas conversaciones sobre el final de la vida? Sí/No/No sabe.
- Como profesional sanitario en una planta de Oncología, ¿considera que dispone de la formación adecuada para apoyar a familiares y pacientes en el final de la vida? Sí/No/No sabe.
- Como profesional sanitario en una planta de Oncología, ¿se le ha ofrecido alguna vez formación en materia de ética, habilidades comunicativas o gestión emocional? Sí/No/No sabe.
- ¿Le gustaría formarse en PCA? Sí/No/No sabe.
- En su unidad, ¿consideraría importante protocolizar la Limitación del Esfuerzo Terapéutico (LET)? Sí/No/No sabe.
- En su unidad, ¿consideraría importante protocolizar la sedación paliativa? Sí/No/No sabe.
- En su hospital, ¿existe un Comité de Ética Asistencial (CEA)? Sí/No/No sabe.

Efectividad del apósito Nursicare® versus lanolina en el tratamiento de las grietas en el pezón en mujeres lactantes. Ensayo clínico aleatorizado

Salma Salazar González¹, María del Mar Godoy Robles¹, Carlos Sánchez González², Leticia M. Cortés Solanas², José Antonio Salvador Oliván³, Ignacio Ladrero Paños⁴

¹ Diplomada en Enfermería. Especialista en ginecología y obstetricia. Matrona del Hospital Miguel Servet.

² Diplomado/a en Enfermería. Enfermero/a del Hospital Clínico Universitario Lozano Blesa.

³ Licenciado y Doctor en Medicina. Profesor Titular del departamento de Ciencias de la Documentación e Historia de la Ciencia de la Universidad de Zaragoza.

⁴ Graduado en Enfermería y Medicina. Enfermero del servicio de Urgencias y Emergencias 061 Aragón.

Fecha de recepción: 15/12/2021. Fecha de aceptación: 17/03/2022. Fecha de publicación: 30/04/2022.

Cómo citar este artículo: Salazar González, S. y otros, Efectividad del apósito Nursicare® versus lanolina en el tratamiento de las grietas en el pezón en mujeres lactantes. Ensayo clínico aleatorizado. Conocimiento Enfermero 16 (2022): 26-34.

RESUMEN

Introducción. Las grietas en los pezones y el dolor constituyen uno de los principales motivos para el abandono de la lactancia materna. Por ello es necesario encontrar productos que ayuden a mejorar esta situación tanto para los sanitarios como para las pacientes.

Objetivo. El objetivo de este estudio es comparar la eficacia de este apósito frente a la lanolina, en el control del dolor y la cicatrización de las heridas en los pezones a los siete días postparto.

Metodología. Se realizó un ensayo clínico aleatorizado ciego simple con mujeres gestantes del Hospital Viamed Montecanal de Zaragoza. El grupo de intervención fue tratado con el apósito Nursicare® y el grupo control con lanolina, para el tratamiento de las grietas en los pezones. Se obtuvo la aprobación del Comité de Ética de la Investigación de la Comunidad de Aragón. Participaron 106 mujeres, 53 en el grupo intervención y 53 en el de control.

Resultados. Se observaron diferencias estadísticamente significativas en el tamaño de la lesión tras aplicar el tratamiento y el tiempo de cicatrización, siendo menor en el grupo de intervención. El nivel de dolor se redujo de una forma mayor en el grupo de intervención que en el control, con una diferencia estadísticamente significativa.

Conclusión. El apósito Nursicare® ha demostrado efectos positivos estadísticamente significativos en el tratamiento de grietas en los pezones, siendo más eficaz que la lanolina en el tratamiento de las heridas en los pezones, acelerando el proceso de curación y disminuyendo el dolor.

Palabras clave: lactancia materna; heridas y traumatismos; dolor; pezón.

Effectiveness of Nursicare® versus lanolin dressing in the treatment of nipple cracks in infant women. Randomized clinical trial

ABSTRACT

Introduction. Cracked nipples and pain are one of the main reasons for abandoning breastfeeding. Therefore, it is necessary to find products that help improve this situation for both health workers and patients.

Goals. The objective of this study is to compare the efficacy of this dressing against lanolin, in the control of pain and the healing of wounds in the nipples at seven days postpartum.

Methodology. A single blind randomized clinical trial was conducted with pregnant women from the Viamed Montecanal Hospital in Zaragoza. The intervention group was treated with the Nursicare® dressing and the control group with lanolin, for the treatment of cracks in the nipples. The approval of the Research Ethics Committee of the Community of Aragón was obtained. 106 women participated, 53 in the intervention group and 53 in the control group.

Results. Statistically significant differences were observed in the size of the lesion after applying the treatment and the healing time, being less in the intervention group. The level of pain was reduced in a greater way in the intervention group than in the control, with a statistically significant difference.

Conclusion. Nursicare® dressing has shown statistically significant positive effects in the treatment of nipple cracks, being more effective than lanolin in treating nipple wounds, speeding up the healing process and reducing pain.

Keywords: breast feeding; wounds and injuries; pain; nipple.

Este artículo está disponible en: <https://www.conocimientoenfermero.es/index.php/ce/article/view/183>

1. Introducción

La Organización Mundial de la Salud define la lactancia materna exclusiva (LME) como la alimentación del lactante con leche materna de la madre o de otra mujer, sin ningún suplemento sólido o líquido, lo que incluye el agua [1]. Se considera lactancia mixta a la alimentación con leche materna complementada con leche artificial en niños menores de cuatro meses de edad y con fórmula de seguimiento en mayores de dicha edad [2].

Según datos del Instituto Nacional de Estadística, la prevalencia de LME en España tras el nacimiento del niño es del 66,2% a las seis semanas, 53,6% a los tres meses y 28,5% a los seis meses [3]. Los beneficios de la LME pueden diferenciarse en dos tipos: maternos y neonatales. Entre los beneficios neonatales observamos las ventajas inmunológicas frente a diversas enfermedades (gastrointestinales, respiratorias, óticas, etc.). Proporciona los requerimientos nutricionales necesarios para el recién nacido (RN), tales como lípidos, aminoácidos, hidratos de carbono, vitaminas, etc. y favorece un óptimo desarrollo motor infantil.

Se ha observado, que la LME previene el riesgo de deshidratación del RN, favorece el tránsito intestinal y la succión del pecho contribuye a un desarrollo adecuado de la musculatura mandibular. El vínculo establecido durante la LME, proporciona una sensación de bienestar y seguridad al RN, que le ayudará a potenciar su autoestima e inteligencia emocional a lo largo de toda su vida [4]. Uno de los beneficios maternos de la LME es la prevención de la hemorragia posparto. El reflejo de succión del RN estimula una mayor síntesis de oxitocina, que acelera la involución uterina y previene la aparición de la depresión posparto. Otras ventajas asociadas son la prevención del cáncer de mama y ovario, la recuperación más rápida del peso previo al embarazo de la madre, ventajas económicas y disminución de la morbilidad

infantil [5]. La lactancia materna ofrece una protección al niño frente a infecciones gastrointestinales y respiratorias, diabetes, alergias, enterocolitis necrosante y el síndrome de muerte súbita del lactante [6].

El dolor persistente en el pezón es una de las etiologías más comunes entre las madres lactantes. Afecta a la calidad y al volumen de la lactancia materna, pudiendo originar el abandono de la misma [7,8]. Un artículo demuestra que el 41% de las grietas se producen en el centro hospitalario (entre las primeras 48 y 120 horas) [9]. Se estima que entre el 80-96% de las mujeres experimentan algún tipo de dolor durante la primera semana posparto [10]. Las principales causas de este dolor son un posicionamiento incorrecto del niño durante la lactancia [11], la presencia de pezones planos o invertidos [12], excesiva fuerza de succión del niño [13], infecciones [14], frenillo lingual [15], utilización de pezoneras [16] y la utilización de biberón o chupete [17].

Las grietas en los pezones son heridas que aparecen en los pezones de las mujeres durante la lactancia materna, acompañadas de dolor, inflamación y exudado. Las grietas constituyen uno de los principales motivos para el abandono de la lactancia materna. Su mayor incidencia se observa durante los siete primeros días pospartos, pudiendo prolongarse durante las seis primeras semanas [18]. La actuación precoz ante esta situación es un factor importante para el establecimiento de una lactancia materna exitosa y placentera, y la prevención de complicación como la mastitis o abscesos mamarios [19,20].

La evidencia proveniente de ensayos prospectivos referentes al tratamiento de las grietas en el pezón es escasa, pero existen múltiples intervenciones recomendadas para tratar esta complicación. Diferentes autores recomiendan la educación sanitaria durante el puerperio [21,22] y el método piel con piel porque al favorecer un mejor encaje en el

pecho materno disminuye la aparición de grietas [23]. Otros métodos disponibles consisten en aplicar esencia de mentol [24,25], ácidos grasos, leche materna [26], apósitos de hidrogel [27] y lanolina pura [28-30]. Actualmente no existe un consenso sobre qué método es el más eficaz [31].

El apósito Nursicare® integra dentro de su estructura, un limpiador (surfactante F-68), glicerina, un polímero superabsorbente, una espuma hidrofílica y una película semipermeable en la parte exterior [32].

Este ensayo clínico se realiza debido a la inexistencia de ensayos clínicos aleatorizados del apósito Nursicare® frente al tratamiento habitual de las grietas en los pezones. El objetivo de este estudio es comparar la eficacia de este apósito frente a la lanolina, en el control del dolor y la cicatrización de las heridas en los pezones a los siete días postparto.

2. Metodología

2.1. Diseño del estudio

Se trata de un ensayo clínico aleatorizado ciego simple llevado a cabo con mujeres gestantes del Hospital Viamed Montecanal de Zaragoza. Se trata de un ensayo clínico aleatorizado con dos productos sanitarios, con el objetivo de valorar la efectividad en el control del dolor y la cicatrización.

Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de la Comunidad Autónoma de Aragón (CIECA). Antes de iniciarlo, las pacientes firmaron un consentimiento libre e informado, respetando las normas de la Declaración de Helsinki. De acuerdo con la Ley 14/2007, de 3 de julio, de Investigación Biomédica y la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y el Real Decreto 1090/2015, los datos fueron codificados en una base de datos que cumplía con los criterios de privacidad establecidos por la ley de Protección de Datos.

Se utilizó el programa Epidat versión 4.2 para asignar de forma aleatoria a las pacientes tanto al grupo de intervención como al grupo de control. El grupo definitivo a estudio incluyó 53 pacientes asignados al grupo de intervención y otros

53 como controles. La aleatorización se mantuvo oculta durante todo el estudio y en ningún caso las pacientes supieron a qué grupo habían sido asignadas. La atención y calidad de los cuidados fueron idénticos en las gestantes que participaron en el estudio como las que no. Tampoco existió ningún trato de favor y/o discriminación entre unas gestantes y otras.

También se garantizó la confidencialidad de los datos recabados, anonimizando cualquier dato identificativo.

2.2. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- Mayores de 18 años.
- LME.
- Parto a término (37-42 semanas de gestación).
- Presencia de eritemas, grietas y/o dolor en los pezones durante las primeras 120 horas postparto.

Criterios de exclusión:

- Menores de 18 años.
- Abandono de la LME.
- Suplementación con biberón.
- Utilización de pezoneras y/o chupete.
- Malformaciones congénitas que afecten a la boca y frenillo lingual demasiado corto.

2.3. Intervención

Durante las primeras 24 horas posparto, las matronas realizaron una primera visita en el hospital a cada puerpera donde recogían las variables y ayudaban en la lactancia materna. En ese momento se les proporcionó a las pacientes un kit que contenía el apósito Nursicare® o la pomada de lanolina en función del grupo al que pertenecía la puerpera (intervención o control), junto a un tríptico informativo con instrucciones de utilización. Además del tríptico, las matronas explicaron de forma detallada a cada puerpera cómo y cuándo habían de utilizar el kit que se les había entregado y resolvieron todas las dudas que les surgieron.

Todas las pacientes recibieron un seguimiento de siete días tras el parto. El seguimiento se reali-

zó de forma diaria durante el periodo de hospitalización y a días alternos en el domicilio de las mujeres tras recibir el alta hospitalaria. En cada visita se recogieron las variables establecidas y se solucionaron las dudas y/o preguntas que presentaron las puérperas.

2.4. Variables

Las variables principales para evaluar la eficacia del apósito Nursicare® en la cicatrización de las heridas en los pezones fueron el dolor y la integridad tisular en los primeros siete días posparto. Se comparó la integridad tisular de los pezones, el tiempo y cambios en la cicatrización, el nivel de dolor y la reducción de este durante el seguimiento. El tiempo de cicatrización se midió en días y el

tamaño de las heridas se midió en centímetros con una regla milimétrica. Se utilizó el programa SPSS 21 para realizar los cálculos estadísticos. Las variables cualitativas se compararon mediante la prueba de Chi cuadrado o test exacto de Fisher. Para las variables cuantitativas se utilizó la t de student. El análisis se realizó por intención de tratar.

3. Resultados

3.1. Características demográficas

De las 106 participantes en el estudio, 53 fueron asignadas al grupo de intervención y 53 al grupo control. Al inicio del estudio, ambos grupos no presentaban diferencias significativas en ninguna de las variables de interés (tabla 1). La edad media

Tabla 1. Características demográficas.

| | Grupo intervención (n=53) | | Grupo control (n=53) | | p |
|-------------------------|---------------------------|-------|----------------------|-------|-------|
| Edad media (media, DT) | 35,8 | 3,5 | 35,3 | 3,6 | 0,421 |
| Talla (media, DT) | 1,63 | 0,6 | 1,65 | 0,6 | 0,097 |
| Peso (media, DT) | 66,4 | 12,3 | 70,3 | 12,7 | 0,110 |
| IMC (media, DT) | 24,8 | 4,0 | 25,7 | 4,6 | 0,295 |
| Antecedentes de grietas | | | | | |
| Sí | 19 | 35,8% | 16 | 30,2% | 0,536 |
| No | 34 | 64,2% | 37 | 69,8% | |
| Tipo de parto | | | | | |
| Eutócico | 27 | 50,9% | 27 | 50,9% | 1,000 |
| Fórceps/Ventosa/Cesárea | 26 | 49,1% | 26 | 49,1% | |
| Dolor post-parto | | | | | |
| No | 49 | 92,5% | 49 | 92,5% | 1,000 |
| Sí | 4 | 7,5% | 4 | 7,5% | |
| Pezoneras | | | | | |
| No | 50 | 94,3% | 52 | 98,1% | 0,618 |
| Sí | 3 | 5,7% | 1 | 1,9% | |
| Chupete | | | | | |
| No | 52 | 98,1% | 53 | 100% | 1,000 |
| Sí | 1 | 1,9% | 0 | 0% | |
| Piel con piel | | | | | |
| No | 15 | 28,3% | 14 | 26,4% | 0,828 |
| Sí | 38 | 71,7% | 39 | 73,6% | |
| Lactancia | | | | | |
| LME | 53 | 100% | 50 | 94,3% | 0,243 |
| Suplementación | 0 | 0% | 3 | 5,7% | |

DT: desviación típica.

de las pacientes asignadas al grupo intervención fue de 35,8 años mientras que las del grupo control fue 35,3 años. La altura de las mujeres del grupo intervención fue 2 cm menor a las del grupo control, al igual que el peso, donde las gestantes del grupo intervención pesaban 3,9 kg menos que las del grupo control. Un 35,8% de las pacientes del grupo intervención presentaban antecedentes de grietas en los pezones en comparación del 30,2% del grupo control. En ambos grupos, casi un 60% de gestantes tuvieron un parto eutócico y el 92,5% de las pacientes no presentaron dolor en el postparto inmediato. De las 106 gestantes, tan solo 4 usaron pezoneras, 3 del grupo intervención y 1 de grupo control. A 38 de los recién nacidos de las pacientes del grupo intervención se les aplicó piel con piel tras el parto y 39 a los del grupo control. El 100% de las mujeres del grupo intervención dieron LME frente al 94,3% del grupo control.

Hubo un total de 18 pérdidas. 10 se produjeron por abandono de LME y ocho gestantes abandonaron el estudio de forma voluntaria, alegando altos niveles de ansiedad y no tener tiempo para compaginar el seguimiento del estudio con su nueva etapa de vida.

3.2. Integridad tisular y nivel de dolor

La tabla 2 muestra cómo al inicio del estudio no se hallaron diferencias en la integridad tisular media de los pezones derechos de las participantes del grupo intervención (0,174) y del grupo control (0,178). En la integridad tisular final, sí se observaron diferencias estadísticamente significativas entre las medias obtenidas del grupo intervención (0,049) y el grupo control (0,147). La integridad tisular de los pezones fue mayor en el grupo de intervención al finalizar el estudio, lo que significa un menor tamaño de grieta. También se aprecia cómo el tiempo de cicatrización es en el grupo intervención (5,3) es inferior al del grupo control (6,2).

No se aprecian diferencias estadísticamente significativas entre la media de la integridad tisular del pezón izquierdo al inicio ni al final del estudio. Sin embargo, se observa que la media del tiempo de cicatrización vuelve a ser inferior en el grupo intervención (4,9) frente al grupo control (5,8), con una probabilidad de 0,099.

Al inicio del estudio no se observaron diferencias en nivel de dolor entre ambos grupos, pero al

Tabla 2. Comparación de la integridad tisular del pezón derecho y pezón izquierdo a lo largo del estudio.

| | Intervención | Control | P ^a | Diferencia (95% IC) |
|---|--------------|---------|----------------|---------------------|
| PEZÓN DERECHO | | | | |
| Integridad tisular Inicio | 0,174 | 0,178 | 0,939 | |
| Integridad tisular final | 0,049 | 0,147 | 0,022 | 0,145 – 0,181 |
| Integridad tisular, diferencia Inicio-Final estudio | -0,125 | -0,031 | 0,117 | |
| Tiempo cicatrización | 5,3 | 6,2 | 0,055 | |
| PEZÓN IZQUIERDO | | | | |
| Integridad tisular Inicio | 0,091 | 0,138 | 0,239 | |
| Integridad tisular final | 0,063 | 0,120 | 0,214 | |
| Integridad tisular, diferencia Inicio-Final estudio | -0,028 | -0,017 | 0,855 | |
| Tiempo cicatrización | 4,9 | 5,8 | 0,099 | |
| Dolor inicio | 4,04 | 3,77 | 0,534 | |
| Dolor final | 2,42 | 3,79 | 0,003 | 2,268 – 0,487 |
| Reducción dolor Inicio-Final estudio | -1,62 | 0,02 | 0,003 | 2,730 – 0,552 |

P^a: Prueba de T de Student. Comparación de medias.

Tabla 3. Porcentaje de púerperas con integridad tisular en los pezones y cambios en la cicatrización a lo largo del estudio según el tratamiento.

| | Inicio | | Final | | Cicatrización | | IC 95% dif. | p ^a |
|------------------------|--------|-------|-------|-------|---------------|-------|-------------|----------------|
| PEZÓN DERECHO | | | | | | | | |
| Grupo experimental | 3 | 5,7% | 41 | 77,4% | 38 | 76,0% | 19,2% | <0,001 |
| Grupo control | 4 | 7,5% | 23 | 43,4% | 19 | 38,8% | 55,3% | |
| PEZÓN IZQUIERDO | | | | | | | | |
| Grupo experimental | 7 | 13,2% | 40 | 75,5% | 33 | 71,7% | 14,4% | 0,001 |
| Grupo control | 6 | 11,3% | 24 | 45,3% | 18 | 38,3% | 52,5% | |

p^a: Prueba de Chi cuadrado. Comparación de proporciones.

final del estudio se apreciaron diferencias estadísticamente significativas en la reducción del dolor. El grupo control redujo el nivel de dolor 1,62 puntos, pasando de 4,04 inicial a 2,42. Por el contrario, el grupo control aumentó 0,02 puntos el nivel de dolor (de 3,77 a 3,79). Se puede ver cómo se redujo más el nivel de dolor en el grupo de intervención que en el grupo control.

El 76% de púerperas que utilizaron el apósito Nursicare® cicatrizaron la lesión tisular del pezón derecho, casi el doble de las que utilizaron lanolina (38,8%). En el pezón izquierdo, cicatrizaron el 71,7% de las participantes del grupo intervención frente al 38,3% del grupo control (tabla 3).

4. Discusión

Las agresiones más frecuentes que sufren los pezones durante la primera semana postparto son eritema, hinchazón, ampollas, fisuras y costras [33]. La lanolina es una sustancia grasa de color blanquecino que crea una barrera para evitar la pérdida de humedad de la piel. Es insípida, hipoalérgica y sin olores ni impurezas. Se considera un tratamiento seguro en cuanto a la absorción tanto por la mucosa como por la piel, y no es necesario retirarla antes de la lactancia. Ha demostrado mayor eficacia en el tratamiento de agresiones a los pezones que apósitos adhesivos de polietileno y aceites [34,35]. También ha obtenido mejores resultados que la leche materna para tratar el dolor y los traumatismos en los pezones durante 7 días [36,37]. Sin embargo, una revisión sistemática argumenta que nin-

gún agente tópico mostró resultados superiores en el alivio del malestar del pezón, sino que el factor más importante para disminuir la incidencia de dolor en el pezón es la educación en relación con la técnica adecuada de lactancia materna y la succión [38]. Un ensayo clínico aleatorizado multicéntrico demostró que los apósitos de hidrogel son un tratamiento seguro que proporcionaba una disminución más eficaz del dolor en los pezones que la intervención común de la pomada de lanolina [39]. Una revisión sistemática concluía que los apósitos con gel de glicerina, los protectores para la mama con lanolina, la lanolina sola o la pomada multifuncional para el pezón mejoraran de forma significativa las percepciones maternas de dolor del pezón [40].

El presente estudio demostró que el uso del apósito Nursicare® tuvo efectos positivos estadísticamente significativos en el tratamiento de grietas en los pezones. Las mujeres del grupo intervención presentaron una mayor reducción en el tamaño de la lesión en el período estudiado de 7 días, proporcionando un proceso de curación más rápido en comparación con el grupo control. También enfatizó que la reducción del dolor fue mayor entre las mujeres que utilizaron el apósito frente a las que usaron lanolina.

Limitaciones

Algunas de las limitaciones de este estudio son la corta duración de la intervención y el seguimiento a días alternos tras el alta hospitalaria.

5. Conclusiones

El uso del apósito Nursicare® fue más eficaz que la lanolina en el tratamiento de las heridas en los pezones, acelerando el proceso de curación y disminuyendo el dolor. Este nuevo apósito puede estar indicado para tratar las heridas de los pezones y aliviar el dolor, contribuyendo a reducir las dificultades impuestas a las mujeres puerperales durante la lactancia.

Conflicto de intereses

Los autores afirman no tener conflictos de interés y declaran no haber percibido ninguna remuneración, beneficio ni recompensa de ningún tipo. Las tasas por evaluación por parte del Comité de Ética de la Investigación de la Comunidad de Aragón fueron abonadas por el laboratorio Polymem®.

BIBLIOGRAFÍA

1. WHO Nutrition. Global data bank on breastfeeding. Ginebra: WHO, 2003.
2. Navarro Estrella M, Duque López MX, Trejo y Pérez JA. Factores que influyen en el abandono temprano de la lactancia por mujeres trabajadoras. *Salud Publica Mex.* 2003;45:276-84.
3. INE [Internet]. Madrid: Instituto Nacional de Estadística; 2012 [acceso, 29 de enero de 2016]. Tipo de lactancia por clase social basada en la ocupación de la persona de referencia y duración. 2011-2012. Disponible en: <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?type>.
4. Aguilar Palafox MI, Fernández Ortega MA. Lactancia materna exclusiva. *Rev Fac Med UNAM.* 2007; 50(4):174-8.
5. Hernández Aguilar MT, Aguayo Maldonado J. La lactancia materna. Cómo promover y apoyar la lactancia materna en la práctica pediátrica. Recomendaciones del comité de lactancia de la AEP. *An Pediatr.* 2005;63(4):340-56.
6. Ip S, Chung M, Raman G, Trikalinos TA, Lau J. A summary of the Agency for Healthcare Research and Quality's evidence report on breastfeeding in developed countries. *Breastfeed Med.* 2009;4 Suppl 1:S17-30. DOI: 10.1089/bfm.2009.0050.
7. Indraccolo U, Bracalente M, Di Iorio R, Indraccolo SR. Pain and breastfeeding: a prospective observational study. *Clin Exp Obstet Gynecol.* 2012;39(4):454-7.
8. McClellan HL, Hepworth AR, Kent JC, Garbin CP, Williams TM, Hartmann PE, et al. Breastfeeding frequency, milk volume, and duration in mother-infant dyads with persistent nipple pain. *Breastfeed Med.* 2012;7:275-81. DOI: 10.1089/bfm.2011.0117.
9. Moraes M, Da Silva L, Faliú B, Sosa C. Técnica de alimentación a pecho y aparición de trauma en el pezón previo al alta hospitalaria. *Arch Pediatr Urug.* 2011;82(1):10-17.
10. Cervellini MP, Gamba MA, Coca KP, de Vilhena Abrão AC. Injuries resulted from breastfeeding: a new approach to a known problem. *Rev Esc Enferm USP.* 2014;48(2):346-56.
11. McClellan HL, Kent JC, Hepworth AR, Hartmann PE, Geddes DT. Persistent Nipple Pain in Breastfeeding Mothers Associated with Abnormal Infant Tongue Movement. *Int J Environ Res Public Health.* 2015;12(9):10833-45. DOI: 10.3390/ijerph120910833.
12. Walker M. Conquering common breast-feeding problems. *J Perinat Neonatal Nurs.* 2008;22(4):267-74. DOI: 10.1097/01.JPN.0000341356.45446.23.
13. Perrella SL, Lai CT, Geddes DT. Case report of nipple shield trauma associated with breastfeeding an infant with high intra-oral vacuum. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2015;15:155. DOI: 10.1186/s12884-015-0593-1.
14. Amir LH. Managing common breastfeeding problems in the community. *BMJ.* 2014;348:g2954. DOI: 10.1136/bmj.g2954.
15. Haham A, Marom R, Mangel L, Botzer E, Dollberg S. Prevalence of breastfeeding difficulties in newborns with a lingual frenulum: a prospective cohort series. *Breastfeed Med.* 2014;9(9):438-41. DOI: 10.1089/bfm.2014.0040.
16. Fernández Medina IM, González Fernández CT. Lactancia materna: prevención de problemas tempranos en las mamas mediante una técnica de amamantamiento eficaz. *Enferm Glob.* 2013;12(31):443-51.

17. Kent JC, Ashton E, Hardwick CM, Rowan MK, Chia ES, Fairclough KA, et al. Nipple Pain in Breastfeeding Mothers: Incidence, Causes and Treatments. *Int J Environ Res Public Health*. 2015;12(10):12247-63. DOI: 10.3390/ijerph121012247.
18. Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, Hauth JC, Rouse DJ, Spong CY, et al. *Williams Obstetrics*. New York: MCGraw Hill; 2010.
19. Eryilmaz R, Sahin M, Hakan Tekelioglu M, Daldal E. Management of lactational breast abscesses. *Breast*. 2005;14:375-379.
20. Tait P. Nipple pain in breastfeeding women: causes, treatment, and prevention strategies. *J Midwifery Womens Health*. 2000;45:212-5.
21. Berlepsch-Schreiner H, Jeitziner MM, Jähnke A, Bischofberger I. A micro-education programme for breastfeeding women: a pilot study to investigate the educations' effect on injured and painful nipples. *Pflege*. 2012;25(5):343-51. DOI: 10.1024/1012-5302/a000.
22. Morland-Schultz K, Hill PD. Prevention of and therapies for nipple pain: a systematic review. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2005;34(4):428-37.
23. Sánchez Luna M, Pallás Alonso CR, Botet Mussons F, Echániz Urcelay I, Castro Conde JR, Narbona E, et al. Recomendaciones para el cuidado y atención del recién nacido sano en el parto y en las primeras horas después del nacimiento. *An Pediatr*. 2009;71(4):3.
24. Akbari SA, Alamolhoda SH, Baghban AA, Mirabi P. Effects of menthol essence and breast milk on the improvement of nipple fissures in breastfeeding women. *J Res Med Sci*. 2014;19(7):629-33.
25. Melli MS, Rashidi MR, Nokhoodchi A, Tagavi S, Farzadi L, Sadaghat K, et al. A randomized trial of peppermint gel, lanolin ointment, and placebo gel to prevent nipple crack in primiparous breastfeeding women. *Med Sci Monit*. 2007;13(9):CR406-411.
26. Mohammadzadeh A, Farhat A, Esmacily H. The effect of breast milk and lanolin on sore nipples. *Saudi Med J*. 2005;26(8):1231-4.
27. Dodd V, Chalmers C. Comparing the use of hydrogel dressings to lanolin ointment with lactating mothers. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs*. 2003;32(4):486-94.
28. Abou-Dakn M, Fluhr JW, Gensch M, Wöckel A. Positive effect of HPA lanolin versus expressed breastmilk on painful and damaged nipples during lactation. *Skin Pharmacol Physiol*. 2011;24(1):27-35. DOI: 10.1159/000318228.
29. Brent N, Rudy SJ, Redd B, Rudy TE, Roth LA. Sore nipples in breast-feeding women: a clinical trial of wound dressings vs conventional care. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 1998;152(11):1077-82.
30. Vieira F, Bachion MM, Mota DD, Munari DB. A systematic review of the interventions for nipple trauma in breastfeeding mothers. *J Nurs Scholarsh*. 2013;45(2):116-25. DOI: 10.1111/jnu.12010.
31. Dennis CL, Jackson K, Watson J. Interventions for treating painful nipples among breastfeeding women. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014;12:CD007366. DOI: 10.1002/14651858.CD007366.
32. Nursicare - Polymen España [sede Web]. Madrid: Nursicare [acceso 30 de abril de 2016]. Disponible en: <http://www.polymem.es/index.php/nursicare/>.
33. Nakamura M, Asaka Y, Ogawara T, Yorozy Y. Nipple skin trauma in breastfeeding women during postpartum week one. *Breastfeed Med*. 2018;13(7):479-84.
34. Vieira F, Bachion MM, Mota DD, Munari DB. A systematic review of the interventions for nipple trauma in breastfeeding mothers. *J Nurs Scholarsh*. 2013;45(2):116-25.
35. Dennis CL, Schottle N, Hodnett E, McQueen K. An all-purpose nipple ointment versus lanolin in treating painful damaged nipples in breastfeeding women: a randomized controlled trial. *Breastfeed Med*. 2012;7(6):473-9.
36. Mariani Neto C, de Albuquerque RS, de Souza SC, Giesta RO, Fernandes APS, Mondin B. Comparative study of the use of hpa lanolin and breast milk for treating pain associated with nipple trauma. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2018;40(11):664-72.
37. Abou-Dakn M, Fluhr JW, Gensch M, Wöckel A. Positive effect of HPA lanolin versus expressed breastmilk on painful and damaged nipples during lactation. *Skin Pharmacol Physiol*. 2011;24(1):27-35.

38. Morland-Schultz K, Hill PD. Prevention of and therapies for nipple pain: a systematic review. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2005;34(4):428-37.
39. Dodd V, Chalmers C. Comparing the use of hydrogel dressings to lanolin ointment with lactating mothers. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 2003;32(4):486-94.
40. Dennis CL, Jackson K, Watson J. Interventions for treating painful nipples among breastfeeding women. *Cochrane Database Syst Rev.* 2014;15(12):CD007366.

Impacto emocional y laboral de la pandemia de COVID-19 en las enfermeras de los servicios de radiología

Cristian Mediavilla Rodríguez

Graduado en Enfermería. Servicio Andaluz de Salud (SAS).

Fecha de recepción: 11/09/2021. Fecha de aceptación: 27/01/2022. Fecha de publicación: 30/04/2022.

Cómo citar este artículo: Mediavilla Rodríguez, C., Impacto emocional y laboral de la pandemia de COVID-19 en las enfermeras de los servicios de radiología. *Conocimiento Enfermero* 16 (2022): 35-65.

RESUMEN

Introducción. El COVID-19 ha sido y sigue siendo actualmente una enfermedad importante en la salud pública mundial. La enfermería y las enfermeras, a lo largo de la historia han tenido un papel muy importante durante situaciones de emergencia y desastres naturales. Las enfermeras siguen implicadas con ese papel y el estrés y la presión que ha ejercido la pandemia sobre el sistema de salud ha presentado un auténtico desafío para la profesión. Los servicios de radiología de España han hecho una gran labor en la pandemia del COVID-19. Aun siendo un servicio de gran importancia, fue excluido de lo que denominaron “primera línea” de forma incomprensible teniendo como consecuencia que los enfermeros de radiología no fueron considerados una prioridad ni para las vacunas ni para el reparto de equipos de protección individual (EPI).

Objetivo. Mostrar el impacto emocional y laboral generado por la pandemia del COVID-19 y establecer unas medidas para enfrentarse a los posibles resultados que se obtengan.

Metodología. Un estudio descriptivo y exploratorio en las enfermeras de los servicios de radiología.

Conclusión. Existe impacto tanto laboral como emocional en ese sector de la enfermería.

Palabras clave: enfermería; enfermeras; radiología; COVID-19; psicopatologías.

Emotional and labor impact of the COVID-19 pandemic on nurses in radiology services

ABSTRACT

Introduction. COVID-19 has been and continues to be an important disease in global public health today. Throughout history, nursing and nurses have played a very crucial role during emergency situations and natural disasters. Nurses remain involved in this role and the stress and pressure that the pandemic has put on the health system has presented a real challenge for the profession. Spain's radiology services have done a great job in the COVID-19 pandemic. Although it was a service of great importance, it was excluded from what they called "first line" in an incomprehensible way, with the consequence that radiology nurses were not considered a priority for either vaccines or the distribution of personal protective equipment (PPE).

Objective. To show the emotional and labour impact generated by the COVID-19 pandemic and establish measures to deal with the possible results obtained.

Methodology. A descriptive and exploratory study in the nurses of the radiology services.

Conclusion. There is both labour and emotional impact in this nursing sector.

Keywords: nursing; nurses; radiology; COVID-19; psychopathologies.

Este artículo está disponible en: <https://www.conocimientoenfermero.es/index.php/ce/article/view/190>

1. Introducción

El COVID-19 ha sido y sigue siendo actualmente una enfermedad importante en la salud pública mundial. Esta enfermedad que causa una neumonía bilateral apareció en Wuhan, China a finales de 2019. El virus que provoca la enfermedad se denominó síndrome respiratorio agudo severo coronavirus 2 (SARS-COVs-2). Este virus en poco tiempo ha causado unos daños importantes en la salud pública y en la economía de muchos países.

La enfermería y las enfermeras, a lo largo de la historia han tenido un papel muy importante durante situaciones de emergencia y desastres naturales, incluyendo por supuesto brotes de enfermedades como puede ser la gripe española. Todas las organizaciones de enfermería han hecho hincapié en que éstas tienen un papel fundamental en situaciones de emergencias y desastres y aunque las enfermeras siguen implicadas con ese papel, el estrés y la presión que ha ejercido la pandemia sobre el sistema de salud ha presentado un auténtico desafío para la profesión. Por este motivo podrían verse afectadas, sobre todo en su desempeño laboral y bienestar. Algo peor aún es que las enfermeras están arriesgando sus vidas para seguir desempeñando su trabajo, provocándole esto miedo, tanto de infectarse ellas como de infectar a otras personas.

Para que las enfermeras puedan realizar eficazmente su trabajo durante la pandemia es fundamental que mantengan una salud tanto física como psicológica; sin embargo se ha demostrado que la aparición de COVID-19 ha tenido un impacto negativo tanto en la salud física como en el bienestar psicológico de las enfermeras. La evidencia ha demostrado una relación significativa entre la pandemia del COVID-19 y psicopatologías como el estrés, el insomnio, la ansiedad o la depresión.

Los servicios de radiología de España han hecho una gran labor en la pandemia del COVID-19. Este es un servicio fundamental en el diagnóstico de la enfermedad COVID-19 porque gracias a él se obtienen las imágenes tanto de tomografía computarizada como radiografías de tórax las cuales son válidas para el diagnóstico de la enfermedad. Aun siendo un servicio de gran importancia, fue excluido de lo que denominaron “primera línea” de forma incomprensible teniendo como consecuencia que los enfermeros de radiología no fueron considerados una prioridad ni para las vacunas

ni para el reparto de equipos de protección individual (EPI).

Sigue sin saberse el porqué de dicha exclusión cuando casi la totalidad de los pacientes con sospecha de COVID-19 positivo pasaban por el servicio de radiología para comprobar la existencia de neumonía mediante imágenes radiológicas, incluso antes de tener los resultados de la PCR.

Es por eso por lo que se realiza este estudio, para comprobar el impacto de este sector de la enfermería que no estaba incluido en la primera línea pero que trataba a diario con pacientes positivos.

2. Marco teórico

2.1. Historia y evolución del virus

Los coronavirus son un grupo importante de virus que afectan a los humanos. En los últimos veinte años han sido tres, los nuevos coronavirus que han aparecido: síndrome respiratorio agudo severo (SARS-Cov) en 2002 y el síndrome respiratorio del Medio Oriente coronavirus (MERS-Cov) en 2012 y síndrome respiratorio agudo severo 2 (SARS-Cov-2) [1].

El SARS-Cov se extendió durante 2002 y 2003 por 29 países diferentes y llegó a afectar a más de 8000 personas. Diez años después apareció el MERS-Cov en la península Arábiga extendiéndose solo por Oriente Medio y afectando a 2000 personas [2]. En 2019 apareció en Wuhan (China) el SARS-Cov-2 que actualmente ha afectado a 192 países, infectando a 106.578.476 personas.

España ha sido uno de los países con mayor tasa de contagio y mayor mortalidad del mundo. Los primeros casos de COVID-19, en España, se produjeron en el mes de febrero aunque no fue hasta el 11 de marzo cuando la OMS declaró la pandemia, cuando ya había 2.002 casos confirmados y 47 fallecidos [4,5].

El 14 de marzo de 2020 el Gobierno de España aprueba el RD 463/2020, con el cual declara el estado de alarma para poder gestionar la situación de emergencia sanitaria que había en esos momentos con 5.753 casos confirmados y 136 fallecidos [6].

El Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias dividió los aumentos de casos en diferentes periodos denominándolos como “1ª, 2ª, y 3ª Ola”.

Figura 1. SARS-CoV-2 [3].

La 1ª ola tuvo una duración de tres meses, siendo la finalización de ésta el 11 de mayo de 2020. Tuvo un total de 231.765 casos de los cuales 88.707 necesitaron hospitalización y de esos 7.306 precisaron de ingreso en UCI. El número de fallecidos fue de 18.352 [4].

A partir de aquí comenzó lo que llamaron “Plan de desescalada” que consistió en un plan para recuperar de manera paulatina la normalidad tanto en la vida cotidiana como en la actividad económica, manteniendo en todo momento la seguridad sanitaria.

La decisión del progreso en las diferentes fases se basaba en diferentes parámetros de salud pública, de movilidad, de la dimensión social y de actividad económica [7].

Estas fases eran:

Fase 0 o de preparación de la desescalada: Es la situación que se presenta a fecha del 28/04/2020 en la que hay unas medidas de alivio comunes para todo el país, debido a que se ha doblegado la curva de contagios. Estas medidas comprenden fundamentalmente la movilidad fuera del domicilio pero siempre cumpliendo las medidas de seguridad y en base a la responsabilidad de los ciudadanos.

Algunas de las actividades permitidas en ésta fase son: paseos, actividades deportivas individua-

les y sin contacto, atención de huertos familiares, algunas actividades económicas con control de aforo, etc.

Además, a partir del 2 de mayo se permitirán también salidas y ejercicios individuales de adultos y se permitiera alguna actividad económica más. Por ejemplo, la apertura de entrenamientos individuales, de deportistas profesionales y federados y el entrenamiento básico de ligas profesionales. También se permitirá la apertura de locales y establecimientos siempre y cuando tengan cita previa y se atenderá de manera individual a los clientes, por ejemplo restaurantes para recoger comida.

La isla de Formentera en las Islas Baleares y las islas de La Gomera, El Hierro y La Graciosa en Canarias debido a su poca movilidad exterior y sus bajas tasas de contagios, pasaron automáticamente a la Fase I el día 4 de mayo.

Fase I o inicial: Contando con el cumplimiento de los diferentes indicadores se permitirán nuevas actividades económicas como la apertura de la restauración, en concreto de las terrazas con un límite de ocupación del 30%. También la apertura de hoteles y alojamientos turísticos manteniendo cerradas las zonas comunes y con algunas restricciones. Se permitirán actividades deportivas pro-

fesionales manteniendo las medidas de higiene necesarias y se abrirán los lugares de culto con una ocupación máxima de 1/3 del aforo.

Fase II o intermedia: En restauración se permitirá la apertura del interior de los locales con un máximo de 1/3 del aforo y únicamente servicio a mesas. Se reanuda la caza y la pesca deportiva, se reabrirán cines, teatros y auditorios con butacas preasignadas, se permitirán las visitas a monumentos y espacios culturales con una ocupación máxima de 1/3 del aforo y si fuera al aire libre con un máximo de 400 personas. Los lugares de culto podrán ahora tener un aforo máximo del 50% de su capacidad.

Fase III o avanzada: En ella se permite la movilidad en general, aconsejándose el uso de mascarillas fuera del hogar y sobre todo en el transporte público. En el ámbito comercial se pondrá un límite del 50% del aforo y una distancia de seguridad mínima de dos metros. En la restauración se suavizarán las restricciones pero manteniendo la separación entre comensales.

Nueva normalidad: Se mantiene la vigilancia epidemiológica, la capacidad reforzada del sistema sanitario y la responsabilidad ciudadana con su autoprotección pero terminan las restricciones sociales y económicas [7].

El 21 de junio España alcanza en su totalidad la "Nueva normalidad" acabándose así el estado de alarma decretado por primera vez por el Decreto 463/2020 de 14 marzo. Hasta el momento se habían producido en España un total de 246.272 casos confirmados de COVID-19 y 28.323 fallecidos. Teniendo como incidencia acumulada (IA) en los últimos 14 días 1,57; un total de casos hospitalizados de 99, de 5 ingresos en UCI y 29 fallecidos, en los últimos 7 días [8].

A fecha de 25/10/2020 el Gobierno de España vuelve a decretar el Estado de Alarma debido a que diez CC.AA. están solicitándolo para poder fijar limitaciones de movilidad y de contacto.

A esa misma fecha nos encontramos con un número total de 1.098.320 casos confirmados, 35.031 fallecidos y una IA en los últimos 14 días de 410,18; un total de casos hospitalizados de 4.471, de 299 ingresos en UCI y de 628 fallecidos en los últimos 7 días.

Este nuevo estado de alarma, como ya hemos dicho anteriormente, le otorgó a las CC.AA. el poder de limitar la movilidad y los contactos.

En Andalucía, concretamente, se iban restringiendo municipios cada 14 días dependiendo de la IA de los mismos, se iban cambiando las normas en la restauración en tema de aforo y horarios, se suspendieron las clases presenciales en las universidades, etc.

El día 21 de enero de 2020 la Agencia Europea del Medicamento (EMA) aprobó la primera vacuna contra el SARS-CoV-2.

Dicha vacuna se basa en la inmunización mediante la administración de ARN. Este ARN se encarga de codificar la proteína necesaria para que el microorganismo pueda desarrollarse y mediante dicha proteína, adquirimos la inmunidad. Actualmente disponemos de cuatro vacunas aprobadas por la EMA, dos de ellas se basan en el ARNm y otras dos en vectores víricos. Todas requieren dos dosis para completar la inmunidad menos una de vectores víricos.

El día 27 de diciembre de 2020 llegaron a España las primeras dosis y a fecha de 31 de enero de 2021 se han administrado 1.609.261 dosis. A día de hoy 08/06/2021 se han administrado 30.007.806 dosis.

2.2. Afectación psicológica en primera línea

Debido a numerosos motivos como pueden ser que se estaban enfrentando a un virus nuevo y desconocido, el rápido aumento de casos confirmados y casos sospechosos, la falta de equipos de protección individual (EPI), la carga de trabajo, el agotamiento del personal, la sobreenformación de los medios de comunicación y la falta de medicamentos contra la enfermedad [9], entre otros motivos, han llevado al personal que se encargaba del diagnóstico, el tratamiento y el cuidado de los pacientes COVID+ a desarrollar ansiedad, angustia, depresión y/o el Síndrome de Burnout entre otras patologías psicológicas [10].

La ansiedad podríamos definirla como un conjunto de pensamientos automáticos negativos. Nos provoca aprensión hacia algo desproporcionado. Ésta nos puede afectar al área cognitiva, provocándonos pensamientos negativos; motora, provocándonos la evitación y el escape, o fisiológica, provocándonos dificultad respiratoria, trastornos gastrointestinales, taquicardia, etc. Todo ello

podríamos tratarlo con terapia cognitiva, exposición gradual, relajación portátil y ejercicio físico. Lo que denominamos angustia sería la manifestación de los síntomas más evidentes de la ansiedad: el miedo.

En el caso de la depresión hablaríamos concretamente de la depresión exógena, la cual está motivada por una causa conocida, concretamente por un acontecimiento vital estresante y suelen desbordar la capacidad adaptativa de la persona. Esta suele provocar trastornos del sueño, sobre todo insomnias medias; visión pesimista del futuro, piensa que todo le va a salir mal; pérdida del interés y distanciamiento con amigos y familiares.

El Síndrome de Burnout es la cronificación del estrés laboral, el cual se manifiesta mediante un agotamiento mental y físico prolongado en el tiempo y que puede provocar una alteración de la autoestima y personalidad. Sus principales síntomas son el agotamiento físico y mental, despersonalización y cinismo y la desmotivación y el descenso de la productividad laboral.

Aunque cada persona puede padecer de ansiedad, angustia, depresión o el Síndrome de Burnout de diferente manera debido a que ésta le afecta de manera personal, hay unas actividades generales y fáciles de llevar a cabo que pueden ayudar a hacer frente a estas patologías como demuestra la literatura profesional:

Relacionarse con familia y amigos de la manera que sea posible. Aunque por la situación, quizás no sea lo más apropiado relacionarse con los seres queridos de manera física, siempre se puede mantener un contacto telefónico, por WhatsApp, por redes sociales (RRSS), videollamadas, etc. De esa manera no pierde el contacto, puede desahogarse contándoles que tal fue el turno, sus miedos o sus incertidumbres y también sabiendo que tal se encuentran ellos.

Distanciarse de la sobreenformación de los medios de comunicación. Es importante estar informado de los cambios que se van produciendo pero hay que saber gestionarlo porque los medios de comunicación son muy repetitivos y a veces ofrecen una información que hay que filtrar porque sacan unos titulares que no son del todo veraces. Informarte de las fuentes más fiables, dejando de ver los informativos, leer todos los diarios y lo que se publica en RRSS, podría ayudar a distanciarse de esa sobreenformación.

Crear y mantener una rutina. Lo más seguro es que la rutina que anteriormente se tenía haya cambiado debido a que al estar diariamente expuesto al virus se haya adquirido unos hábitos que antes no se tenía, sobre todo hábitos sociales, deportivos o de higiene. Por ejemplo si se solía salir con amigos o familia a comer fuera del domicilio quizás se podría hacer en casa mediante videollamadas o si antes era habitual practicar algún deporte de manera se podría sustituir e ir integrándolo en una rutina nueva, por ejemplo haciendo ejercicio en casa mediante videos que están disponibles en diferentes plataformas de internet.

No descuidar el cuerpo. Es importante no descuidar la dieta por falta de tiempo o ganas de cocinar. Para ello hay que mantener una dieta equilibrada sin dejar de consumir ningún tipo de alimento. También es importante practicar ejercicio y uno de los que mejor nos puede venir en esta situación pueden ser ejercicios que integren ejercicio físico, meditación y/o técnicas de relajación como por ejemplo yoga, pilates o thai chi. Otra cosa que no se puede olvidar es descansar y es que es indispensable dormir aproximadamente siete horas diarias. Para poder llevar a cabo todo esto se podría programar unos recordatorios para impedir el olvido o para imponer la obligación de realizar estas actividades.

Comenzar nuevos hobbies. Es buen momento para comenzar a hacer eso que siempre se quiso hacer y no se encontraba tiempo como leer un libro, ver una serie, hacer alguna reforma en casa, etc.

Buscar apoyo emocional. Es muy importante saber pedir ayuda. Si se da el caso, siempre se puede acudir a profesionales que asesoren en el manejo de estas dificultades [11].

2.3. Estado actual de la cuestión

Lai, Ma et al. en China en 2020 (9) hicieron un estudio para ver la magnitud de la psicopatología y los factores asociados de personal sanitario debido a la exposición al Sars-COVs-2. El cuestionario de salud utilizado fue el Cuestionario de salud del paciente (PHQ-9), también usaron la escala de trastorno de ansiedad generalizada (GAD-7), el Índice de gravedad del insomnio (ISI) y la Escala de impacto de Eventos revisada (IES-R). Con este es-

tudio llegaron a la conclusión de que los participantes habían sufrido una sobrecarga psicológica y tienen un alto riesgo de desarrollar psicopatologías además de necesitar apoyo o tratamiento para las mismas.

Soraci, Ferrari et al. en Italia en 2020 [12] realizaron un estudio dirigido a la validación de la escala FCV-19S. Junto con ella usaron la de ansiedad y depresión hospitalaria (HADS) y la escala de medida de gravedad para la fobia específica en adultos (SMSP-A). El resultado final del mismo fue la validación de la escala para evaluar el miedo al COVID-19.

Reznik, Gritsenko et al., estudio realizado en Europa del Este en 2020 [13], realizaron una adaptación de la escala FCV-19S. Entre los participantes había universitarios y conocidos de éstos. El estudio se llevó a cabo correlacionando los diferentes ítems del cuestionario y comparando los resultados con otros mediante un programa estadístico. El resultado obtenido refleja que existe miedo al COVID-19 al compararlo con otros estudios.

Los dos estudios anteriores tienen el interés de confirmar a la FCV-19S como una escala válida y fiable para evaluar el miedo al COVID-19. Precisamente, esta escala es utilizada en este trabajo para evaluar el miedo a la citada enfermedad entre los profesionales enfermeros que trabajan en radiodiagnóstico.

La investigación realizada por Bakioğlu, Korkmaz et al. en Turquía en 2020 [14] tuvo como objetivo conocer la importancia de la intolerancia a la incertidumbre, la ansiedad, el estrés y la depresión en la relación entre el miedo al COVID-19 y la positividad. Obtuvieron unos resultados significativos que reflejaban que el miedo al COVID-19 tenía un efecto directo en psicopatologías como la ansiedad, la depresión o el insomnio. Para ello usaron diferentes escalas, en la población general, como la escala de miedo al COVID-19 (FCV-19S), la escala de positividad (PS), la escala de intolerancia a la incertidumbre (IUS-12) y la escala de depresión, ansiedad y estrés (DAS-21).

Rossi, Socci et al. en Italia en 2020 [15] plantearon una investigación dirigida a que los trabajadores sanitarios informaran de síntomas de estrés postraumático, depresión, ansiedad e insomnio en trabajadores sanitarios durante la pandemia del COVID-19. Estos autores estudiaron la presencia de éstas patologías entre el personal sa-

nitario mediante la escala de trastorno de ansiedad generalizada (GAD-7), escala global de psicotrauma, utilizando la subescala de trastorno de estrés postraumático (GPS-PTSD), el índice de gravedad del insomnio (ISI), el cuestionario de salud generalizada (PHQ-9) y la escala de estrés percibido (PSS). Como conclusión informan que los resultados obtenidos reflejan la existencia de psicopatologías entre el personal sanitario de primera línea.

Maciaszek et al. en Polonia en 2020 [16], querían comparar las manifestaciones psicopatológicas generadas durante la pandemia del COVID-19 en personal sanitario y no sanitario. Todo ello lo hicieron mediante un estudio transversal utilizando el cuestionario de salud general (GHQ-28). La conclusión a la que llegaron es que patologías como la ansiedad, el insomnio, la depresión o los síntomas somáticos son más prevalentes en personal sanitario que en no sanitario.

Labrague y de los Santos et al. [17] realizaron un estudio en Omán y Filipinas en 2020 con el que pretendían estudiar la influencia del miedo al COVID-19 en patologías psicológicas, satisfacción laboral y la posibilidad de que haya cambios en la organización y abandono en la labor enfermera. Para ello usaron diferentes escalas en enfermeras: escala del miedo al COVID (FCV-19S), job stress scale (JSS) para evaluar el estrés laboral, el índice de satisfacción laboral (JSI), y dos ítems para evaluar la intención de rotar por otro servicio y/o abandonar la profesión. Sus resultados reflejaron que cuanto mayor es el miedo al COVID-19 mayor es la angustia, las ganas de rotar por otros servicios y de abandonar la profesión; y menor es la satisfacción laboral.

Rodríguez-Menéndez, Rubio-García et al. en España en 2020 [10] querían saber si había profesionales sanitarios con estrés agudo y un empeoramiento de la salud general entre los trabajadores sanitarios encuestados. Para ello hicieron uso del cuestionario GHQ-28 y del cuestionario de reacción al estrés agudo de Standford. Obtuvieron como conclusión que hay una alta prevalencia de psicopatología entre el personal sanitario y que deben diseñarse estrategias, en un futuro, para proteger la salud de los profesionales con la vista puesta en futuras pandemias.

Santana y Gricel en 2021 en Perú [18] pretendían determinar qué relación había entre diferen-

tes factores psicosociales y el estrés laboral en el personal del servicio de ginecología y obstetricia del hospital de Quevedo en tiempos del COVID-19. Para ellos usaron el cuestionario de evaluación de riesgos psicosociales en el trabajo (ISTAS) y el cuestionario de desequilibrio esfuerzo-recompensa (DER). Con dicho estudio identificaron una relación significativa entre el estrés laboral y los factores psicosociales entre la muestra.

3. Objetivos

3.1. Objetivo general

Conocer el impacto tanto laboral como emocional, generado por la pandemia del COVID-19 en las enfermeras de los servicios de radiología e identificar las medidas más eficaces para responder a estas dificultades.

3.2. Objetivos específicos

- Explorar el impacto de la pandemia de COVID-19 en las enfermeras de los servicios de radiología.
- Establecer unas medidas para lidiar el impacto laboral y emocional que haya podido originar la pandemia de COVID-19 en las enfermeras de los servicios de radiología.

4. Metodología

4.1. Diseño

Se llevo a cabo un estudio descriptivo y exploratorio obteniendo los datos cuestionando a enfermeros de los servicios de radiología cómo estaba siendo su situación laboral, sus temores al COVID-19 y su salud psicológica mediante tres cuestionarios.

4.2. Participantes

Los participantes fueron enfermeras del servicio de radiodiagnóstico de diferentes hospitales y clínicas españolas (n=41) que han trabajado durante la pandemia del COVID-19.

4.3. Procedimiento

Se utilizaron tres cuestionarios que fueron trasladados a “Google Forms” y distribuidos mediante WhatsApp y diferentes redes sociales como Instagram o Facebook entre el 14 y el 19 de abril de 2021.

Los datos obtenidos de estos cuestionarios fueron pasados a archivos Excel y posteriormente se analizaron con el programa SPSS 26.0, con el que procedimos al análisis de los datos obtenidos.

4.4. Instrumentos

Los instrumentos utilizados en este estudio fueron:

4.4.1. Cuestionario de estrés laboral. Modelo de desequilibrio esfuerzo-recompensa (DER)

Este cuestionario se basa en el modelo desequilibrio esfuerzo-recompensa (DER), uno de los modelos más utilizados para identificar las fuentes de estrés laboral [19]. Usamos la versión de 22 ítems o versión extendida (ERI-L). Dicho cuestionario se divide en dos bloques:

- El primer bloque congrega dieciséis preguntas que nos van a dar información sobre la percepción del trabajador sobre su situación laboral en referencia al esfuerzo (extrínseco) y la recompensa profesional. En este bloque las 6 primeras preguntas hacen referencia al esfuerzo extrínseco y las otras 10 preguntas, a la recompensa.
- El segundo bloque congrega las 6 preguntas restantes y evalúa el grado de implicación que ha vivido el trabajador en su puesto de trabajo. (esfuerzo intrínseco)

Las respuestas que se le pide al trabajador son en referencia al puesto que está ocupando actualmente o el último puesto de trabajo ocupado.

Para poder evaluar la magnitud del esfuerzo y recompensa se utiliza escalas tipo Likert de 4 puntos donde el uno significa “muy en desacuerdo” y el cuatro “muy de acuerdo”. La puntuación total de la escala de esfuerzo extrínseco (6 primeras preguntas) la obtenemos sumando todos los ítems. El rango de dicha puntuación estará entre 6 y 24. Cuanto mayor sea la puntuación mayor será el es-

fuerzo qué está haciendo el trabajador en su puesto de trabajo. Con respecto a la parte de la escala que se refiere a la recompensa (las siguientes 10 preguntas del primer bloque) tendrán una puntuación que oscilará entre 10 y 40. Cuanto mayor sea la puntuación, mayor será la recompensa que el trabajador percibe que recibe.

Para el segundo bloque, que evalúa el grado de implicación del trabajador utiliza también la escala Likert de 4 puntos pudiendo obtener valores de entre 6 y 24, y a mayor valor, mayor implicación en el trabajo. Cabe destacar que es una nueva versión del cuestionario (ERI-L versión 22.11.2012) con 22 ítems en vez de 23 debido a que se han fusionado el antiguo ítem 7 (“Mis superiores me dan el reconocimiento que merezco”) y el ítem 8 (“Mis compañeros de trabajo me dan e reconocimiento que merezco”) en un nuevo ítem 7 (“Mis superiores o personas importantes me dan el reconocimiento que merezco”) [20].

La fiabilidad de dicha escala es aceptable porque todos los elementos del coeficiente de correlación total estaban por encima de 0,30 indicándonos así una consistencia de los ítems. Además, tanto la versión corta de la escala, como la larga, demostró una validez discriminante y de criterio en varios estudios publicados [21].

4.4.2. Escala del miedo al COVID-19 (FCV-19S)

Utilizamos esta novedosa escala unidimensional formada por 7 ítems y que aporta unas buenas propiedades psicométricas para poder evaluar los temores al COVID-19 entre la población. Los ítems utilizan una escala Likert de 5 puntos que van desde “muy en desacuerdo” (1) hasta “muy de acuerdo” (5). Las puntuaciones totales oscilarán entre 7 y 34, lo cual nos indicará que, a mayor puntuación, mayor miedo al COVID-19.

Esta escala procede de la versión original del FCV-19S. Fue traducida al español por A. Podes-tá, un autor con mucha experiencia clínica y de investigación. Finalmente, después de matizar la traducción, esta fue enviada a un profesional bilingüe para su revisión [22].

Cabe destacar que inicialmente esta encuesta contenía 10 ítems pero de acuerdo con la correlación inter-ítem corregida, se eliminaron 3 de estos

ítems por tener unas correlaciones bajas quedando la escala de 7 ítems con una correlación corregida aceptable.

La validez de esta escala se comprobó con las escalas de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (HADS) y Escala de vulnerabilidad percibida a la enfermedad (PVDS), indicando que es una herramienta válida para poder evaluar el miedo al COVID-19.

La confiabilidad, la cual se midió usando el modelo de Rash y la teoría clásica de pruebas, fueron aceptables debido a los valores de consistencia interna ($\alpha = .82$) como los de confiabilidad test-retest (ICC= .72) [23].

4.4.3. Cuestionario de salud general de Goldberg (GHQ-28)

Se trata de un cuestionario utilizado para poder valorar la salud psicológica de cuidadores y la población en general.

Este cuestionario dispone de 28 ítems con cuatro subdivisiones: A, para síntomas somáticos, B para ansiedad e insomnio, C para disfunción social y D para depresión [24].

Hemos utilizado una escala Likert de 4 puntos que van desde el 0 hasta el 3. Tomando como punto de corte 23/24 [25] a partir del cual indicaría la presencia de patología psicológica.

La fiabilidad de la escala completa y de las subdivisiones es alta debido a los resultados obtenidos de la resistencia interna y la fiabilidad de 2 mitades comparados con estudios anteriores, incluso mejorándolos.

La validez constructo convergente directa e inversa se han estudiado comparándolo con otros indicadores de salud y se ha concluido que tiene una validez convergente adecuada [26].

4.5. Aspectos éticos

La carga ética del estudio es muy baja y todos los participantes aceptaron formar parte de él de forma totalmente voluntaria, y fueron informados de la finalidad del estudio y de los métodos y procedimientos que se van a llevar a cabo para su realización siguiendo la declaración de Helsinki.

Además, se garantizó la confidencialidad y el tratamiento anónimo de la información siguien-

do lo recogido en el reglamento de la Unión Europea de 2016/679 del parlamento y del Consejo de 27 de abril de 2016, del Consejo de 27 de abril de 2016 así como y la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y garantías de los derechos digitales.

5. Resultados

Después de introducir los datos de los cuestionarios anteriormente descritos en el SPSS hemos obtenido:

Que el 34,28% (14) de la muestra está formada por hombres, con una edad media de 45,58 años (DT=10,37) y el 65,75% (27) por mujeres con una edad media de 45,83 (DT=11,44) años.

En la tabla 1 se pueden consultar los estadísticos descriptivos de todas las variables del estudio.

En ella podemos observar que la escala del miedo al COVID-19 (FSV-19S) tiene una media de 20,51 (DT=7,70) pudiendo considerarlo un valor medio intermedio.

En la escala DER, hemos analizado por separado el esfuerzo, la recompensa, la sobreimplicación y el desequilibrio E-R.

En el esfuerzo observamos que los valores que podemos obtener son entre 1,50 y 4 y hemos obtenido un valor medio de 3,26 (DT=,62810) y por

lo tanto podemos considerarlo un valor medio intermedio-alto

En la variable de recompensa que oscila entre 1,20 y 3,50 hemos obtenido una media de 2,46 (DT=,58) considerándolo éste un valor medio intermedio-alto.

En la sobreimplicación, los valores que podíamos obtener estaban entre 1,00 y 4,00 y hemos obtenido una media de 2,74 (DT=,80) considerándolo un valor por encima del valor mediano y por lo tanto siendo un valor medio intermedio-alto.

La variable del desequilibrio E-R comprende unos valores entre - ,90 y 2,63 y hemos obtenido una media de ,80 (DT=1,02) y por lo tanto podemos decir que tiene un valor bajo.

Al analizar los datos de los síntomas somáticos obtenemos una media de 4,41 (DT=1,52) cuando sus valores eran entre 1 y 6, pudiendo afirmar que tiene un valor alto

Al igual que con los síntomas somáticos ocurre con la variable de ansiedad e insomnio. Hemos obtenido una media de 4,48 (DT=2,32) y sus valores oscilaban entre 0 y 7 con lo que podemos considerar un valor medio intermedio-alto.

En la variable de disfunción social también observamos una media alta, 5,02 (DT=1,62)

Sin embargo, con la variable de depresión no ocurre lo mismo. Hemos obtenido una media de 1,82 (DT=2,28) cuando los valores podían oscilar

Tabla 1. Valores estadísticos descriptivos de cada una de las variables.

| | N | Mínimo | Máximo | Media | Desv. Típica |
|----------------------|----|--------|--------|-------|--------------|
| Miedo al COVID | 41 | 7 | 34 | 20,51 | 7,70 |
| Esfuerzo | 41 | 1,50 | 4,00 | 3,26 | ,63 |
| Recompensa | 41 | 1,20 | 3,50 | 2,46 | ,58 |
| Sobreimplicación | 41 | 1,00 | 4,00 | 2,74 | ,80 |
| Desequilibrio E-R | 41 | -,90 | 2,63 | ,80 | 1,015 |
| Síntomas Somáticos | 41 | 1 | 6 | 4,41 | 1,52 |
| Ansiedad e Insomnio | 41 | 0 | 7 | 4,48 | 2,32 |
| Disfunción Social | 41 | 1 | 7 | 5,02 | 1,62 |
| Depresión | 41 | 0 | 7 | 1,82 | 2,28 |
| N válido (por lista) | 41 | | | | |

Tabla 2. Tabla de la prueba de Kolmogórov-Smirnov para una muestra.

| | Miedo al COVID | Esfuerzo | Recompensa | Sobreimplicación | Desequilibrio E-R | Síntomas somáticos | Ansiedad e insomnio | Distinción social | Depresión |
|-----------------------------------|-------------------|------------------|-------------------|-------------------|-------------------|--------------------|---------------------|-------------------|------------------|
| N | 41 | 41 | 41 | 41 | 41 | 41 | 41 | 41 | 41 |
| Parámetros normales ^{ab} | 20,51 | 3,26 | 2,46 | 2,74 | ,80 | 4,41 | 4,48 | 5,02 | 1,82 |
| Desv. Desviación | 7,70 | ,63 | ,58 | ,80 | 1,02 | 1,52 | 2,32 | 1,62 | 2,28 |
| Máximas diferencias extremas | ,082 | ,16 | ,11 | ,11 | ,12 | ,19 | ,21 | ,24 | ,28 |
| | ,082 | ,12 | ,10 | ,09 | ,12 | ,15 | ,14 | ,13 | ,28 |
| | -,07 | -,16 | -,11 | -,11 | -,09 | -,19 | -,21 | -,24 | -,21 |
| Estadística de prueba | ,08 | ,16 | ,11 | ,11 | ,12 | ,19 | ,21 | ,24 | ,28 |
| Sig. asintótica (bilateral) | ,20 ^{cd} | ,01 ^c | ,20 ^{cd} | ,20 ^{cd} | ,14 ^c | ,00 ^c | ,00 ^c | ,00 ^c | ,00 ^c |

a. La distribución de prueba es normal. b. Se calcula a partir de datos. c. Corrección de significación de Lilliefors. d. Esto es un límite inferior de la significación verdadera.

Tabla 3. Tabla de correlación de Spearman.

| | Miedo al COVID | Esfuerzo | Recompensa | Sobreimplicación | Desequilibrio E-R | Síntomas somáticos | Ansiedad e insomnio | Distinción social | Depresión |
|---------------------|----------------|----------|------------|------------------|-------------------|--------------------|---------------------|-------------------|-----------|
| Miedo al COVID | 1,000 | | | | | | | | |
| Esfuerzo | ,44** | 1,000 | | | | | | | |
| Recompensa | -,22 | -,55** | 1,000 | | | | | | |
| Sobreimplicación | ,55** | ,74** | -,41** | 1,000 | | | | | |
| Desequilibrio E-R | ,39* | ,90** | -,81** | ,66** | 1,000 | | | | |
| Síntomas somáticos | ,33* | ,25 | -,17 | ,20 | ,19 | 1,000 | | | |
| Ansiedad e insomnio | ,44** | ,49** | -,13 | ,59** | ,31* | ,42** | 1,000 | | |
| Distinción social | -,17 | -,06 | ,16 | -,30 | -,09 | ,19 | -,18 | 1,000 | |
| Depresión | ,36* | ,31 | -,01 | ,48** | ,18 | ,02 | ,54** | -,49** | 1,000 |

** La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral). * La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

de 0 a 7, lo que nos indica que tiene un valor medio bajo.

En la tabla 2 se observa que hemos aplicado la prueba de Kolmogórov-Smirnov para saber si la muestra sigue o no una distribución normal. Hemos observado que algunas variables mantienen una distribución no normal ($p < .05$) y por lo tanto deberíamos utilizar un estadístico no paramétrico para identificar la correlación entre las variables. El estadístico no paramétrico elegido en este caso es la correlación de Spearman.

Con la tabla 3 se puede comprobar si existen correlaciones significativas entre las variables del estudio. Las correlaciones, que oscilan entre -1 y 1, son indicativas del mayor o menor grado de relación entre dos variables.

Son importantes algunos de los resultados que se ha obtenido de las correlaciones de las variables. El resumen de los mismos es el siguiente:

- El “miedo al COVID” correlaciona positiva y significativamente con las variables de estrés laboral “esfuerzo” (,44), “sobreimplicación” (,55), y “desequilibrio E-R” (,39). Además, también correlacionó positiva y significativamente con las variables de salud “síntomas somáticos” (,33), “ansiedad e insomnio” (,44) y “depresión” (,36).
- La “sobreimplicación” correlaciona positiva y significativamente con dos variables de salud: “ansiedad e insomnio” (,59) y “depresión” (,48).
- Por último, la variable “desequilibrio E-R” con la variable de salud “ansiedad e insomnio” (,31).

6. Discusión

En relación con el primer objetivo específico podemos decir que la pandemia provocada por el Sars-Covs-2 ha desencadenado en los enfermeros y más concretamente en los de los servicios de radiología diferentes problemas tanto laborales como emocionales.

6.1. Hallazgos principales

A partir de los resultados anteriormente descritos podemos ver que el miedo al COVID-19 está pro-

vocando un aumento en el esfuerzo y la sobreimplicación laboral. Es evidente que la carga de trabajo y las demandas relacionadas con este se han visto incrementadas durante este tipo de pandemia entre las enfermeras de radiología. Este aumento de las demandas laborales ha recibido una respuesta por parte de estos profesionales que están siendo percibidas como una sobreimplicación laboral.

Por supuesto, que este aumento del esfuerzo, mientras que las recompensas se mantenían sin cambio, ha originado un desequilibrio entre el esfuerzo requerido en el trabajo y las recompensas recibidas por el mismo. Se puede comprobar que, según la teoría del estrés laboral basada en el desequilibrio entre las dos variables anteriores, las enfermeras de los servicios de radiología están informando de que han padecido de estrés laboral durante los actuales tiempos de pandemia COVID-19.

Sería suficiente con revisar los ítems contenidos en el cuestionario de miedo al COVID-19 para entender que el miedo al contagio por parte del profesional y el miedo a “sacar” el virus del lugar de trabajo y contagiar a amigos y familiares serían algunas de las causas que podrían explicar esta mayor percepción de esfuerzo entre las enfermeras de radiodiagnóstico. Este hecho es el mismo que se informa en otros artículos que informan de otros profesionales sanitarios durante la pandemia actual.

Del mismo modo, el miedo al COVID-19 y el estrés laboral al que se encuentran sometidas las enfermeras, según se comentó anteriormente, están teniendo repercusiones negativas en su salud. Así, estas profesionales informan de más síntomas congruentes con ansiedad y depresión, y de la aparición o agravamiento de distintos síntomas somáticos. El aumento del estrés laboral, y la situación de incertidumbre, de desconocimiento y falta inicial de equipos adecuados de protección (todos ellos generadores de miedo) han empeorado los autoinformes de salud proporcionados por los profesionales de este estudio. Este hallazgo es, también, congruente con los que aparecen en otros estudios de investigación y otros profesionales sanitarios.

6.2. Comparaciones con estudios anteriores

En comparación con otros estudios como uno que realizó Soraci, Ferrari et al. en Italia en 2020 [12]

hemos obtenido una media más elevada de la escala FCV-19S (20,51 frente a 16,86). En su estudio, en el que existe una correlación positiva entre el miedo al COVID-19 y la ansiedad y depresión (medido por la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión, HADS), ocurre lo mismo que en nuestro, que también existe dicha correlación positiva entre el aumento del miedo al COVID-19 y el aumento de dichas psicopatologías. También hay que destacar que este estudio tiene una muestra mayor (249) frente al nuestro (41) debido a que el nuestro es sobre enfermeras de un servicio concreto, mientras que el estudio de Soraci et al. es sobre la población general.

Esto mismo pasa con otro estudio de Reznik, Gritsenko et al. en Europa del Este en 2020 [13] en el que también utilizan la escala FCV-19S y obtienen unos valores medios inferiores a los nuestros (17,22 frente a 20,51). En su estudio no hacen ninguna correlación para saber si existen psicopatologías, su objetivo es saber si la escala es válida en su idioma, comparando los resultados de Rusia y Bielorrusia con los de Irán. Al igual que el anterior tenemos una muestra mayor y diferente porque la del estudio de Reznik et al encuestaron a personas mayoritariamente universitarios de Rusia y Bielorrusia.

Lai, Ma et al. en China en 2020 [9] con su estudio para evaluar las psicopatologías entre el personal sanitario expuestos al SARS-COVs-2, obtuvo unos resultados que reflejaban una alta prevalencia en ansiedad, insomnio y depresión. Estos resultados podemos compararlos con los nuestros que también reflejaban la existencia de dichas patologías debido al miedo al COVID-19 y como éste nos ha hecho aumentar el estrés laboral para acabar provocándonos dichas psicopatologías. Ellos, a diferencia de nosotros, han usado los cuestionarios GAD-7, IES-R, ISI y PHQ-9, su estudio se basaba en diferenciar dichas patologías entre el personal que pertenecía a la primera línea y el que no; y además su muestra es mucho mayor debido a que englobaba a todos los sanitarios de 34 hospitales de China.

También, al compararlo con el estudio de Labrague y de los Santos en Omán y Filipinas en 2020 [17] vemos unos valores medios de la escala FCV-19S que siguen siendo inferiores a los nuestros (19,92 frente a 20,50). También se puede apreciar como existe una correlación negativa en-

tre el miedo al COVID-19 y la satisfacción laboral, aunque en nuestro caso no hemos estudiado dicha variable de la misma manera que ellos; pero si vemos que el miedo al COVID-19 y la variable de desequilibrio E-R tienen una correlación positiva, incluso más fuerte que la del estudio de Labrague, y ambas variables reflejan lo mismo: Un desagrado laboral provocado por el miedo al COVID-19.

Respecto al estudio de Santana y Gricel en 2021 en Perú [18] hemos obtenido unos valores de esfuerzo, recompensa y sobreimplicación mucho más elevados que ellos: (,905) frente a (,28), (-,81) frente a (,35) y (,66) frente a (,47), respectivamente. La muestra *n* en ambos estudios fue parecida (41 frente a 51) aunque la suya se centraba en profesionales del servicio de ginecología de un hospital y el nuestro se centraba en enfermeros de radiología de diferentes hospitales y clínicas españolas. Ellos para evaluar la muestra usaron las correlaciones entre los cuestionarios de: ISTAS y DER y en cambio nosotros hemos usado los de FCV-19S, DER y GHQ-28.

Respecto a los valores que expresan psicopatologías, como hemos descrito anteriormente, si analizamos los datos de la media y lo comparamos con el estudio Maciaszek et al. en 2020 en Polonia [16] nuestros valores medios de síntomas somáticos (4,41 frente a 7,7), ansiedad e insomnio (4,48 frente a 10), disfunción social (5,02 frente a 8,5) y depresión (1,82 frente a 3,5) son inferiores a los de éste estudio. También quiero destacar que los valores del cuestionario DER de dicho estudio son superiores a los nuestros. No hay que olvidar que dicho estudio se hace a todo el personal médico de los hospitales y la recogida de resultados es justo días después de declarar la pandemia mundial cuando aún el Sars-Covs-2 era un virus completamente desconocido.

Bakioğlu, Korkmaz et al. en Turquía en 2020 [14] a través de un análisis estadístico llegaron a la conclusión de “que la intolerancia a la incertidumbre, la depresión, la ansiedad y el estrés tuvieron un papel mediador en la relación entre el miedo al COVID-19 y la positividad.” Eso quiere decir que cuando se tiene un alto grado de rechazo a la incertidumbre, la depresión, el estrés o la ansiedad se genera una positividad que hace que disminuya el miedo al COVID-19. Para ello usaron las escalas FCV-19S, IUS-12 y DAS-21. Ob-

tuvieron unos resultados significativos que reflejaban un efecto directo del miedo al COVID-19 y psicopatologías como depresión, ansiedad e insomnio (.56) siendo estos unos valores superiores a los nuestros (.44) para ansiedad e insomnio y (.36) para depresión.

Rossi, Socci et al. en Italia en 2020 [15] a diferencia de nosotros que estudiamos el estrés laboral, hicieron su estudio estudiando el estrés percibido y obtuvieron una prevalencia de casi el 22% con estrés. El estrés postraumático con una prevalencia de casi el 50% de los encuestados. Alrededor del 20% de sus encuestados reflejaban depresión y ansiedad y solo un 8% insomnio. Al comparar estos resultados con los nuestros podemos ver que en ambos estudios existen psicopatologías que vienen provocadas por el estrés vivido en el personal sanitario que luchaba contra el COVID-19.

Rodríguez-Menéndez, Rubio-García et al. en España en 2020 [10] en su estudio, ha obtenido unos resultados parecidos a los nuestros. Ambos muestran la existencia de estrés en su muestra aunque se han medido con herramientas diferentes (DER y SASR-Q). También coinciden en la existencia de un peor estado de salud debido a la existencia de algún síntoma reflejado en el GHQ-28, aunque ellos han trabajado con la puntuación total de la escala sin separar las subescalas existentes en dicho cuestionario para poder saber la psicopatología que está presente en la muestra. Asimismo estudiaron la relación con el COVID-19 mediante “9 preguntas sobre la percepción del riesgo relacionado con COVID-19” y nosotros mediante el cuestionario FCV-19S. Existe una diferencia importante entre las muestras debido a que su estudio recoge a todo el personal sanitario (1458) de España mientras que el nuestro solamente a las enfermeras del servicio de radiología (41).

Para la obtención de estos resultados hemos tenido algunas limitaciones como por ejemplo el número de la muestra (n) debido a que en los servicios de radiología no existe un gran número de enfermeros entre el personal como si pasa en otros servicios de los hospitales.

En relación con el segundo objetivo específico podemos decir que existen unas medidas para poder lidiar los efectos provocados por la pandemia en las enfermeras de radiología.

6.3. Medidas para lidiar el impacto laboral y emocional

Es importante destacar como algunas personas son capaces de hacer uso de unos recursos internos que les permiten mantener una salud mental adecuada. Esto se conoce como resiliencia.

- Para poder desarrollar y/o reforzar esa resiliencia vamos a exponer algunas intervenciones psicológicas, propuestas por la Asociación Española de Enfermería de Salud Mental [27], que ayudarán al personal en el que centramos este estudio.
- Hay que evitar hacer críticas que sean destructivas y puedan afectarnos negativamente, pues esto hará que las psicopatologías empeoren.
- Es importante buscar un apoyo tanto familiar como social evitando así el aislamiento.
- Es importante que se intente desconectar, cada dos horas, durante unos minutos por ejemplo, haciendo respiraciones profundas. Esto ayudará a mantener la concentración cuando vuelvas a tu puesto de trabajo.
- Es importante llorar y desahogarse cuando se tengan ganas. Con ello aliviarás tensiones.
- No descuidar una correcta alimentación, un buen descanso, ir a practicar ejercicios físicos y de relajación o meditación.
- Cuando salgamos del trabajo hay que evitar el exceso de información que hay tanto en los medios de comunicación como en las redes sociales. Para poder despejarte de estar siempre pensando y/o hablando del mismo tema
- Hay que evitar estar pensando continuamente cuánto tiempo queda para que esto pase. Porque si lo haces puedes entrar en un bucle y afectarte negativamente.
- Es de gran importancia dedicar tiempo con los propios compañeros para verbalizar pensamientos, desahogarse o contar experiencias vividas [27].

Profundizando más en la última intervención psicológica se podrían proponer diferentes actividades de Lissoni et al. en Italia 2020 [28] para llevar a cabo en el servicio:

- Para mejorar la seguridad tanto individual como colectiva se podrían hacer reuniones diarias breves en las que se informe sobre la organización y la importancia de trabajar conjuntamente.

- También puede ser de mucha utilidad usar técnicas de desactivación durante los turnos mediante conversaciones cortas e informales de manera grupal o individual y, si fuera posible en los “estar” de enfermería que suelen ser zonas limpias emocionalmente. Durante estas técnicas se normalizan y contienen reacciones agudas, se reducen pensamientos negativos sobre la propia persona y se aumentan los recursos.
- También sería muy práctico crear áreas o zonas de descompresión y descontaminación tanto física como emocional. En dichas zonas podría haber material informativo, colchones para el entrenamiento autógeno y la presencia de un psicólogo. (28)

7. Conclusiones

Con este estudio podemos concluir que durante estos últimos meses, las enfermeras de los servicios de radiología debido a que han vivido con miedo al COVID-19 y estrés laboral, provocado por la situación sanitaria; han generado psicopatologías como estrés, ansiedad, insomnio o depresión.

Para esas psicopatologías existen unas estrategias basadas en llevar a cabo algunas intervenciones psicológicas. La mas efectivas pueden ser:

- Pasar tiempo con los compañeros compartiendo los problemas, las experiencias (positivas y negativas), sincerándose, etc.
- Mantener una dieta equilibrada, hacer ejercicio físico y practicar la meditación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Triggler CR, Bansal D, Farag EABA, Ding H, Sultan AA. COVID-19: Learning from Lessons To Guide Treatment and Prevention Interventions. *mSphere*. 2020;5(3):1-13.
2. Yan Y, Chang L, Wang L. Laboratory testing of SARS-CoV, MERS-CoV, and SARS-CoV-2 (2019-nCoV): Current status, challenges, and countermeasures. *Rev Med Virol*. 2020;30(3):1-14.
3. (JHU) C for SS and E (CSSE) at JHU. Mapa COVID-19 - Centro de recursos de coronavirus de Johns Hopkins [Internet]. Center for Systems Science and Engineering (CSSE) at Johns Hopkins University (JHU). 2021 [cited 2021 Feb 9]. Available from: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>
4. Ramanathan K, Antognini D, Combes A, Paden M, Zakhary B, Ogino M, et al. Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID- research that is available on the COVID-19 resource centre - including this for unrestricted research re-use a. 2020;(January):19-21.
5. Ministerio de Sanidad G de E. Coronavirus (COVID-19) - 11 de marzo 2020 | DSN [Internet]. [cited 2021 Feb 10]. Available from: <https://www.dsn.gob.es/es/actualidad/sala-prensa/coronavirus-covid-19-11-marzo-2020>
6. Ministerio de Sanidad G de E. Coronavirus (COVID-19) - 14 de marzo 2020 | DSN [Internet]. [cited 2021 Feb 11]. Available from: <https://www.dsn.gob.es/es/actualidad/sala-prensa/coronavirus-covid-19-14-marzo-2020>
7. España. G de. La Moncloa. 28/04/2020. Plan de desescalada [Consejo de Ministros] [Internet]. [cited 2021 Feb 17]. Available from: <https://www.lamoncloa.gob.es/consejodeministros/Paginas/enlaces/280420-enlace-desescalada.aspx>
8. General S, Consumo DESY. Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias. Minist Sanid - Gob España [Internet]. 2020;1-2. Available from: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Actualizacion_223_COVID-19.pdf
9. Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. *JAMA Netw open* [Internet]. 2020 Mar 2 [cited 2021 Mar 30];3(3):e203976. Available from: [/pmc/articles/PMC7090843/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33093326/)
10. Gonzalo RM, Ana RG, Patricia CA, Laura AL, Nathalia GT, Luis C, et al. Short-term emotional impact of COVID-19 pandemic on Spaniard health workers. *J Affect Disord* [Internet]. 2021 Jan 1 [cited 2021 Mar 30];278:390-4. Available from: [/pmc/articles/PMC7834676/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33846766/)
11. Center MSKC. Cómo hacer frente al estrés y la ansiedad causados por la COVID-19. [Internet]. 16/12/2020. 2021 [cited 2021 Apr 5]. Available from: <https://www.mskcc.org/es/cancer-care/patient-education/managing-stress-and-anxiety-caused-covid-19>

12. Soraci P, Ferrari A, Abbiati FA, Del Fante E, De Pace R, Urso A, et al. Validation and Psychometric Evaluation of the Italian Version of the Fear of COVID-19 Scale. *Int J Ment Health Addict* [Internet]. 2020 [cited 2021 May 15];1. Available from: /pmc/articles/PMC7198091/
13. Reznik A, Gritsenko V, Konstantinov V, Khamenka N, Isralowitz R. COVID-19 Fear in Eastern Europe: Validation of the Fear of COVID-19 Scale [Internet]. *International Journal of Mental Health and Addiction*. Springer; 2020 [cited 2021 May 15]. p. 1. Available from: /pmc/articles/PMC7217343/
14. Bakioglu F, Korkmaz O, Ercan H. Fear of COVID-19 and Positivity: Mediating Role of Intolerance of Uncertainty, Depression, Anxiety, and Stress. *Int J Ment Health Addict* [Internet]. 2020 [cited 2021 May 30];1. Available from: /pmc/articles/PMC7255700/
15. Rossi R, Socci V, Pacitti F, Di Lorenzo G, Di Marco A, Siracusano A, et al. Mental Health Outcomes among Frontline and Second-Line Health Care Workers during the Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) Pandemic in Italy [Internet]. Vol. 3, *JAMA Network Open*. American Medical Association; 2020 [cited 2021 May 29]. Available from: /pmc/articles/PMC7256664/
16. Maciaszek J, Ciulkowicz M, Misiak B, Szczesniak D, Luc D, Wiczorek T, et al. Mental Health of Medical and Non-Medical Professionals during the Peak of the COVID-19 Pandemic: A Cross-Sectional Nationwide Study. *J Clin Med*. 2020;9(8):2527.
17. Labrague LJ, De Los Santos J. FEAR OF COVID-19, PSYCHOLOGICAL DISTRESS, WORK SATISFACTION AND TURNOVER INTENTION AMONG FRONTLINE NURSES.
18. SANTANA T. Factores psicosociales en el trabajo y estrés laboral en personal de Gineco-obstetricia del Hospital de Quevedo en tiempos COVID-19. *Psikol Perkemb* [Internet]. 2021;1-126. Available from: http://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/UNCP/3000/Silva_Acosta.pdf?sequence=1&isAllowed=y%0Ahttps://repositorio.comillas.edu/xmlui/handle/11531/1046
19. Siegrist J. Adverse health effects of high-effort/low-reward conditions. [Internet]. Vol. 1, *Journal of occupational health psychology*. 1996 [cited 2021 Apr 14]. p. 27–41. Available from: /record/1996-04477-003
20. Bergin J, Wade TD. Psychometric properties of the eating disorder belief questionnaire. *Int J Eat Disord*. 2014;47(6):640–6.
21. Hanson EK, Schaufeli W, Vrijkotte T, Plomp NH, Godaert GL. The validity and reliability of the Dutch Effort-Reward Imbalance Questionnaire. *J Occup Health Psychol* [Internet]. 2000 [cited 2021 Apr 18];5(1):142–55. Available from: /record/1999-15533-012
22. Huarcaya-Victoria J, Villarreal-Zegarra D, Podestà A, Luna-Cuadros MA. Psychometric Properties of a Spanish Version of the Fear of COVID-19 Scale in General Population of Lima, Peru. *Int J Ment Health Addict* [Internet]. 2020 Jun 22 [cited 2021 Apr 18];1-14. Available from: <https://doi.org/10.1007/s11469-020-00354-5>
23. Ahorsu DK, Lin CY, Imani V, Saffari M, Griffiths MD, Pakpour AH. The Fear of COVID-19 Scale: Development and Initial Validation. *Int J Ment Health Addict*. 2020;
24. Artal J, Pérez-echeverría MJ. Validity of the scaled version of the General Health Questionnaire (GHQ-28) in a Spanish population. *Psychol Med* [Internet]. 1986 [cited 2021 Apr 19];16(1):135–40. Available from: <https://www.cambridge.org/core/journals/psychological-medicine/article/abs/validity-of-the-scaled-version-of-the-general-health-questionnaire-ghq28-in-a-spanish-population/A6F4A6B1D059D9C7DF3E46F5F71919D3>
25. Swallow BL, Lindow SW, Masson EA, Hay DM. The use of the General Health Questionnaire (GHQ-28) to estimate prevalence of psychiatric disorder in early pregnancy. *Psychol Heal Med* [Internet]. 2003 May [cited 2021 Apr 19];8(2):213-7. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/1354850031000087591>
26. López Torrecillas F, Godoy Izquierdo D, Godoy J, Sánchez Barrera M. Propiedades psicométricas de la versión española del “Cuestionario de Salud General de Golberg-28.” Propiedades psicométricas la versión española del “Cuestionario Salud Gen Golberg-28.” 2002;14(1):49–71.
27. Enfermería AE de E de SM. Recomendaciones AEESME ante la crisis de la COVID-19. [Internet]. [cited 2021 Jun 6]. Available from: <https://www.aeesme.org/?s=recomendaciones&x=10&y=10>
28. Lissoni B, Del Negro S, Brioschi P, Casella G, Fontana I, Bruni C, et al. Promoting resilience in the acute phase of the COVID-19 pandemic: Psychological interventions for intensive care unit (ICU) clinicians and family members. *Psychol Trauma Theory, Res Pract Policy* [Internet]. 2020 Aug 1 [cited 2021 Jun 6];12(S1):S105–7. Available from: /fulltext/2020-43461-001.html

ANEXO 1. Cuestionarios.

IMPACTO EMOCIONAL DEL COVID 19 EN LAS ENFERMERAS DE RADIOLOGÍA.

Os pedimos que contestéis estos 3 breves cuestionarios que os llevarán 5 minutos en total, con el que ayudara a la realización de un TFG sobre el impacto emocional de la pandemia de Covid-19 a las enfermeras de radiología. El cuestionario será completamente anónimo.

Les agradecemos su tiempo e interés por participar en esta encuesta.

***Obligatorio**

1. Edad *

2. Sexo *

Marca solo un óvalo.

Mujer

Hombre

3. Acepto participar de manera voluntaria en este estudio. *

Marca solo un óvalo.

Sí

No

Cuestionario

Miedo al COVID-19

4. Le tengo mucho miedo al COVID-19.

Marca solo un óvalo.

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------------|
| "totalmente en desacuerdo" | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | "muy de acuerdo" |

5. Pensar en el COVID-19 me hace sentir incómodo.

Marca solo un óvalo.

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------------|
| "totalmente en desacuerdo" | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | "muy de acuerdo" |

6. Me sudan las manos cuando pienso en el COVID-19.

Marca solo un óvalo.

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------------|
| "totalmente en desacuerdo" | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | "muy de acuerdo" |

7. Siento miedo de perder la vida a causa del COVID-19.

Marca solo un óvalo.

| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------------|
| "totalmente en desacuerdo" | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | "muy de acuerdo" |

8. Me pongo nervioso o ansioso cuando veo las noticias y las historias sobre COVID-19 en las redes sociales.

Marca solo un óvalo.

| | | | | | | |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| "totalmente en desacuerdo" | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | "muy de acuerdo" |

9. No puedo dormir de la preocupación por contraer COVID-19.

Marca solo un óvalo.

| | | | | | | |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| "totalmente en desacuerdo" | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | "muy de acuerdo" |

10. Mi corazón empieza a latir rápido o siento palpitaciones cuando pienso en contraer COVID-19.

Marca solo un óvalo.

| | | | | | | |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | | |
| "totalmente en desacuerdo" | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | "muy de acuerdo" |

Cuestionario

Estrés laboral.

11. A menudo, debido a la cantidad de tareas que tengo, trabajo a un ritmo muy apurado.

Marca solo un óvalo.

| | | | | | |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | | |
| "totalmente en desacuerdo" | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | "muy de acuerdo" |

12. Me interrumpen y molestan con frecuencia en mi trabajo.

Marca solo un óvalo.

| | 1 | 2 | 3 | 4 | |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------------|
| "totalmente en desacuerdo" | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | "muy de acuerdo" |

13. En mi trabajo tengo mucha responsabilidad.

Marca solo un óvalo.

| | 1 | 2 | 3 | 4 | |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------------|
| "totalmente en desacuerdo" | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | "muy de acuerdo" |

14. A menudo, me veo obligado a trabajar más tiempo del estipulado.

Marca solo un óvalo.

| | 1 | 2 | 3 | 4 | |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------------|
| "totalmente en desacuerdo" | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | "muy de acuerdo" |

15. Mi trabajo requiere esfuerzo físico.

Marca solo un óvalo.

| | 1 | 2 | 3 | 4 | |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------------|
| "totalmente en desacuerdo" | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | "muy de acuerdo" |

16. En los últimos tiempos, tengo cada vez más trabajo.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4

"totalmente en desacuerdo" "muy de acuerdo"

17. Mis superiores o personas importantes me dan el reconocimiento que merezco.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4

"totalmente en desacuerdo" "muy de acuerdo"

18. En las situaciones difíciles en el trabajo recibo el apoyo necesario.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4

"totalmente en desacuerdo" "muy de acuerdo"

19. En mi trabajo me tratan injustamente.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4

"totalmente en desacuerdo" "muy de acuerdo"

20. Las oportunidades de promoción en mi trabajo son escasas.

Marca solo un óvalo.

| | | | | | |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| "totalmente en desacuerdo" | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | "muy de acuerdo" |

21. Estoy padeciendo/esperando un empeoramiento de mis condiciones de trabajo (horario, salario,...)

Marca solo un óvalo.

| | | | | | |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| "totalmente en desacuerdo" | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | "muy de acuerdo" |

22. Mi puesto de trabajo está en peligro.

Marca solo un óvalo.

| | | | | | |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| "totalmente en desacuerdo" | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | "muy de acuerdo" |

23. Teniendo en cuenta mi formación considero adecuado el cargo que desempeño.

Marca solo un óvalo.

| | | | | | |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| "totalmente en desacuerdo" | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | "muy de acuerdo" |

24. Si pienso en todo el trabajo y esfuerzo que he realizado, el reconocimiento que recibo en mi trabajo me parece adecuado.

Marca solo un óvalo.

| | 1 | 2 | 3 | 4 | |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------------|
| "totalmente en desacuerdo" | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | "muy de acuerdo" |

25. Si pienso en todo el trabajo y esfuerzo que he realizado, mis oportunidades de ascender me parecen adecuadas.

Marca solo un óvalo.

| | 1 | 2 | 3 | 4 | |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------------|
| "totalmente en desacuerdo" | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | "muy de acuerdo" |

26. Si pienso en todos los esfuerzos que he realizado, mi sueldo me parece adecuado.

Marca solo un óvalo.

| | 1 | 2 | 3 | 4 | |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------------|
| "totalmente en desacuerdo" | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | "muy de acuerdo" |

27. Siempre me falta tiempo para terminar el trabajo.

Marca solo un óvalo.

| | 1 | 2 | 3 | 4 | |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------------|
| "totalmente en desacuerdo" | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | "muy de acuerdo" |

28. Muchos días me despierto con los problemas del trabajo en la cabeza.

Marca solo un óvalo.

| | 1 | 2 | 3 | 4 | |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------------|
| "totalmente en desacuerdo" | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | "muy de acuerdo" |

29. Al llegar a casa me olvido fácilmente del trabajo.

Marca solo un óvalo.

| | 1 | 2 | 3 | 4 | |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------------|
| "totalmente en desacuerdo" | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | "muy de acuerdo" |

30. Las personas más cercanas dicen que me sacrifico demasiado por mi trabajo.

Marca solo un óvalo.

| | 1 | 2 | 3 | 4 | |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------------|
| "totalmente en desacuerdo" | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | "muy de acuerdo" |

31. No puedo olvidarme del trabajo, incluso por la noche estoy pensando en él.

Marca solo un óvalo.

| | 1 | 2 | 3 | 4 | |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------------|
| "totalmente en desacuerdo" | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | "muy de acuerdo" |

32. Cuando aplazo algo que necesariamente tenía que hacer hoy, no puedo dormir por la noche.

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4

"totalmente en desacuerdo" "muy de acuerdo"

Cuestionario

Salud general.

EN LAS ULTIMAS SEMANAS:

33. A.1. ¿Se ha sentido perfectamente bien de salud y en plena forma?

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4

"totalmente en desacuerdo" "muy de acuerdo"

34. A.2. ¿Ha tenido la sensación de que necesitaba reconstituyente?

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4

"totalmente en desacuerdo" "muy de acuerdo"

35. A.3. ¿Se ha sentido agotado y sin fuerzas para nada?

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4

"totalmente en desacuerdo" "muy de acuerdo"

36. A.4. ¿Ha tenido sensación de que estaba enfermo?

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4

"totalmente en desacuerdo" "muy de acuerdo"

37. A.5. ¿Ha padecido dolores de cabeza?

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4

"totalmente en desacuerdo" "muy de acuerdo"

38. A.6. ¿Ha tenido sensación de opresión en la cabeza, o de que la cabeza le va a estallar?

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4

"totalmente en desacuerdo" "muy de acuerdo"

39. A.7. ¿Ha tenido oleadas de calor o escalofríos?

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4

"totalmente en desacuerdo" "muy de acuerdo"

40. B.1. ¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4

"totalmente en desacuerdo" "muy de acuerdo"

41. B.2. ¿Ha tenido dificultades para seguir durmiendo de un tirón toda la noche?

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4

"totalmente en desacuerdo" "muy de acuerdo"

42. B.3. ¿Se ha notado constantemente agobiado y en tensión?

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4

"totalmente en desacuerdo" "muy de acuerdo"

43. B.4. ¿Se ha sentido con los nervios a flor de piel y malhumorado?

Marca solo un óvalo.

1 2 3 4

"totalmente en desacuerdo" "muy de acuerdo"

44. B.5. ¿Se ha asustado o ha tenido pánico sin motivo?

Marca solo un óvalo.

| | | | | | |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| "totalmente en desacuerdo" | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | "muy de acuerdo" |

45. B.6. ¿Ha tenido sensación de que todo se le viene encima?

Marca solo un óvalo.

| | | | | | |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| "totalmente en desacuerdo" | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | "muy de acuerdo" |

46. B.7. ¿Se ha notado nervioso y "a punto de explotar" constantemente?

Marca solo un óvalo.

| | | | | | |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| "totalmente en desacuerdo" | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | "muy de acuerdo" |

47. C.1. ¿Se las ha arreglado para mantenerse ocupado y activo?

Marca solo un óvalo.

| | | | | | |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| "totalmente en desacuerdo" | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | "muy de acuerdo" |

48. C.2. ¿Le cuesta más tiempo hacer las cosas?

Marca solo un óvalo.

| | | | | | |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| "totalmente en desacuerdo" | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | "muy de acuerdo" |

49. C.3. ¿Ha tenido la impresión, en conjunto, de que está haciendo las cosas bien?

Marca solo un óvalo.

| | | | | | |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| "totalmente en desacuerdo" | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | "muy de acuerdo" |

50. C.4. ¿Se ha sentido satisfecho con su manera de hacer las cosas?

Marca solo un óvalo.

| | | | | | |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| "totalmente en desacuerdo" | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | "muy de acuerdo" |

51. C.5. ¿Ha sentido que está desempeñando un papel útil en la vida?

Marca solo un óvalo.

| | | | | | |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | |
| "totalmente en desacuerdo" | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | "muy de acuerdo" |

52. C.6. ¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?

Marca solo un óvalo.

| | 1 | 2 | 3 | 4 | |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------------|
| "totalmente en desacuerdo" | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | "muy de acuerdo" |

53. C.7. ¿Ha sido capaz de disfrutar de sus actividades normales de cada día?

Marca solo un óvalo.

| | 1 | 2 | 3 | 4 | |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------------|
| "totalmente en desacuerdo" | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | "muy de acuerdo" |

54. D.1. ¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?

Marca solo un óvalo.

| | 1 | 2 | 3 | 4 | |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------------|
| "totalmente en desacuerdo" | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | "muy de acuerdo" |

55. D.2. ¿Ha estado viviendo la vida totalmente sin esperanza?

Marca solo un óvalo.

| | 1 | 2 | 3 | 4 | |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------------|
| "totalmente en desacuerdo" | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | "muy de acuerdo" |

56. D.3. ¿Ha tenido el sentimiento de que la vida no merece la pena vivirse?

Marca solo un óvalo.

| | 1 | 2 | 3 | 4 | |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------------|
| "totalmente en desacuerdo" | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | "muy de acuerdo" |

57. D.4. ¿Ha pensado en la posibilidad de "quitarse de en medio"?

Marca solo un óvalo.

| | 1 | 2 | 3 | 4 | |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------------|
| "totalmente en desacuerdo" | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | "muy de acuerdo" |

58. D.5. ¿Ha notado que a veces no puede hacer nada porque tiene los nervios desquiciados?

Marca solo un óvalo.

| | 1 | 2 | 3 | 4 | |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------------|
| "totalmente en desacuerdo" | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | "muy de acuerdo" |

59. D.6. ¿Ha notado que desea estar muerto y lejos de todo?

Marca solo un óvalo.

| | 1 | 2 | 3 | 4 | |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------------|
| "totalmente en desacuerdo" | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | "muy de acuerdo" |

60. D.7. ¿Ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repentinamente a la cabeza?

Marca solo un óvalo.

| | 1 | 2 | 3 | 4 | |
|----------------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|------------------|
| "totalmente en desacuerdo" | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | "muy de acuerdo" |

Este contenido no ha sido creado ni aprobado por Google.

Google Formularios

Los estereotipos de género en hombres estudiantes de Enfermería

Ian Coahpetzin Zavala Pérez¹, M^a del Rocío Figueroa Varela², Cinthia Viridiana Olea Gutiérrez³

¹ Maestría en Enfermería por la Universidad Autónoma de Chihuahua. Adscrito a la Universidad Autónoma de Nayarit.

² Doctora en Psicología por la Universidad de Guadalajara. Adscrita a la Universidad Autónoma de Nayarit.

³ Doctora en Ciencias de la Salud por la Universidad de Guadalajara. Adscrita a la Universidad Autónoma de Nayarit.

Fecha de recepción: 30/09/2021. Fecha de aceptación: 27/01/2022. Fecha de publicación: 30/04/2022.

Cómo citar este artículo: Zavala Pérez, I.C., Figueroa Varela, M.R., Olea Gutiérrez, C.V., Los estereotipos de género en hombres estudiantes de Enfermería. *Conocimiento Enfermero* 16 (2022): 66-76.

RESUMEN

Introducción. Enfermería es la ciencia del cuidado humano cuya actividad actualmente llevan a cabo las enfermeras y los enfermeros; sin embargo, en sus inicios había sido una labor especialmente desempeñada por la mujer mientras que las actividades económicas fueron delegadas al trabajo masculino en labores más rentables, de control, fuerza y dominio.

Desarrollo. El sistema de género marca una lógica binaria que tiene presencia constante en el imaginario colectivo; más específicamente, entre quienes se emplean en trabajos reconocidos como femeninos, para el caso de los varones, y como masculinos, en el caso de las mujeres; es decir, para quienes no se sujetan al rol sociocultural que se les asigna y, en consecuencia, se hacen acreedores a la denominada “sanción social”. El estudio tiene como objetivo identificar categorías que denoten estereotipos de género en hombres estudiantes de la carrera de enfermería a través del análisis de los discursos construidos en el grupo focal para la propuesta de una intervención con perspectiva de género.

Método. El grupo focal es una estrategia de recolección de datos que permite a los participantes, a través de la discusión, escucharse unos a otros, comentar, y en el caso de los adolescentes universitarios interactuar. Se codificaron los datos desde un enfoque basado en la “teoría fundamentada” de Glaser y Strauss. Para facilitar el proceso de codificación se utilizó el software Atlas Ti versión 7.1.

Resultados y conclusiones. Las categorías problematizadoras emergentes a través del análisis son: estereotipos de género, masculinidades tradicionales y modelo patriarcal.

Palabras clave: estereotipos de género; masculinidades; enfermería.

Gender stereotypes in male Nursing students

ABSTRACT

Introduction. Nursing is the science of human care. Currently is carried out by male and female nurses, however in its beginnings it had been a work performed by women; instead male work was delegated to jobs more profitable or where strength and dominance was needed.

Development. The gender system marks a binary logic that has a constant presence in the social imaginary; specifically, among those employed in works recognized as feminine, in the case of men, and as masculine, in the case of women. Those not subjected to the sociocultural role that they are allocated, received the denominated “social sanction”. The study aims to identify categories that denote gender stereotypes in nursing career male students, through the analysis of speeches built in a focus group and intervention with gender perspective.

Method. The focus group, composed by university students, is a data collection strategy that allows participants, through the discussion, listen to each other, comment and interaction, to recover the wanted information. The data was coded from an approach based on the “grounded theory” of Glaser and Strauss. To facilitate the coding process, the Atlas Ti version 7.1 software was used.

Results and conclusions. The emerging problematizes categories through the analysis are: Gender stereotypes, traditional masculinities and patriarchal model.

Keywords: gender stereotypes; masculinities; nursing.

Este artículo está disponible en: <https://www.conocimientoenfermero.es/index.php/ce/article/view/177>

1. Introducción

Enfermería es la ciencia del cuidado humano cuya actividad actualmente llevan a cabo las enfermeras y los enfermeros; sin embargo, en sus inicios había sido una labor especialmente desempeñada por la mujer mientras que las actividades económicas fueron delegadas al trabajo masculino en labores más rentables, de control, fuerza y dominio [1].

Históricamente ha sido a la mujer a quien se le ha designado, por sus “características femeninas”, el rol de cuidadora, naturalizada desde un sistema binario sexo/género, en un principio dentro del hogar y después como parte del equipo de salud. La historia de la mujer es parecida a la historia de la Enfermería, por eso no hay que extrañarse de que las grandes teorías científicas del cuidado profesional surgiesen justo después de iniciado el movimiento de liberación femenina, en la segunda mitad del siglo XX [2].

Guillén y Cuevas [2] afirman que, cuando los hombres se incorporaron a la profesión no fueron bien aceptados por la sociedad, incluso por las mismas enfermeras. Se pensaba que podrían ser homosexuales y solo así se concebía el incorporarse con éxito dentro de la profesión [1].

Posteriormente, con el tiempo, la presencia de los hombres cada día es mayor, aportando su fuerza física, una perspectiva diferente del cuidado, nuevas ideas y generando nuevas formas de enseñanza en la enfermería.

Cabe mencionar que ya desde la antigüedad los hombres se habían insertado a los trabajos de enfermería. Al respecto, Paredes et al. [1] refieren que, la primera escuela de enfermería en el mundo se inició en la India, alrededor de 250 años a. C. Sólo los hombres eran considerados lo suficientemente “puros” como para convertirse en enfermeros, asociándose esta labor a lo mágico y lo religioso y por otro lado, a lo militar, dadas las numerosas guerras y batallas a lo largo de la historia.

Sin embargo, el rol del cuidado de la enfermería se fue asociando solo a las mujeres, pues se con-

sideraba incluso el título de “enfermera” cuando se inició la profesionalización de esta actividad [3]. Asociado a este hecho, se creía que no sería un área de interés para los hombres, pues no poseía el reconocimiento por parte de la sociedad patriarcal imperante en el siglo XIX [1]. Este hecho ha generado una reestructuración de pensamiento hacia la profesión, tanto por parte de la sociedad, de los docentes, como por parte del equipo de profesionales y usuarios.

Sin embargo, el cambio de pensamiento ha sido lento, poco constante y se ha dado en ciertos espacios. Todavía existen personas que se rehúsan a considerar a los hombres para el desempeño de dicha profesión. Por un lado, la misma sociedad feminizó la profesión y por otro, su fundadora, Florencia Nightingale (al establecer requisitos para el ingreso: ser mujer joven, maternal, atenta y compasiva).

Hernández [4] asume que el género es un principio organizador, aplicado a infinidad de situaciones y en el caso del trabajo de cuidar no es la excepción. Desde el uso de uniformes, prácticas administrativas, utilización de los espacios y, sobre todo, de códigos de relación entre los sexos de manera consciente o inconsciente.

Como componente sustantivo la teoría de género trabaja con el concepto “sistema de género” definida como un “patrón de prácticas que contribuye varios tipos de masculinidad y de feminidad [...] los ordena en términos de prestigio y poder, y construye una división sexual del trabajo” [4].

El sistema de género marca una lógica binaria que tiene presencia constante en el imaginario colectivo; más específicamente, entre quienes se emplean en trabajos reconocidos como femeninos, para el caso de los varones, y como masculinos, en el caso de las mujeres; es decir, para quienes no se sujetan al rol sociocultural que se les asigna y, en consecuencia, se hacen acreedores a la denominada “sanción social” [4].

La sanción social es una forma de restricción o castigo social que el sistema de género impone a

quien o quienes se atreven a desafiar el orden establecido y esta fundado en el sexo (cuerpo) asignando funciones diferenciadas al sujeto, de tal modo que a partir de dicho dispositivo se va socializando y se establece lo “apropiado” según lo masculino o femenino [4,5].

Así, cada cultura establece de forma distinta los contenidos, las formas y los procesos de lo masculino y de lo femenino, y aprecia, reconoce e impone a cada género los valores positivos o negativos como medida para asegurar su cumplimiento en la vida cotidiana o laboral.

2. Estereotipos de género en enfermería

Prevalece la idea de que los estudios de género se refieren a las mujeres ya que los trabajos analizados se aplicaron en su mayoría a ellas, si bien se reconoce la situación de desigualdad que ellas viven, se deja de lado el estudio de la violencia de género vivida por los varones que desafían los roles tradicionales de género, así como por el colectivo LGBTI [6].

La enfermería nace como profesión conformada exclusivamente por mujeres y actualmente se calcula que ocho de cada 10 profesionales de la enfermería son mujeres. En consonancia con lo identificado por Gloria Steinem [1], una profesión se valora menos cuando tiene aproximadamente una tercera parte de mujeres. Este hecho origina en quienes conforman la profesión un sentimiento de: subvaloración, mérito disminuido y casi nulo reconocimiento social [1].

En la misma lógica, los profesionales de enfermería atribuyen esta subvaloración al sistema de salud imperante (de relaciones de poder notablemente verticales), eminentemente biomédico (por su relación con la medicina) y de labor asistencial (acciones asociadas al trabajo con el cuerpo y limpieza de las secreciones y/o fluidos corporales), por mencionar algunas [1,4,7,8].

Pero la división del trabajo no se asienta en criterios absolutamente técnicos, sino que mantiene una fuerte carga cultural en forma de roles e imágenes de origen doméstico que asignan al rol de cuidados, propio de enfermería, como categorías de sumisión, inferioridad y dependencia [1,4,7,8]. Al respecto, se señala a los medios de comunicación como responsables de no presentar la profe-

sión enfermera como una opción profesional válida y atractiva para los hombres; contrario a lo que sucede cuando se trata de personajes médicos, representados como “hombres valientes que llevan a cabo complicadas cirugías” [8].

Los estereotipos de género implican relaciones de poder, lo que significa, desde el patriarcado, hablar de lo masculino como un ejercicio para lograr que los otros y las otras se sometan a condiciones económicas, sociales, culturales y corporales, de las cuales se derivan relaciones de subordinación de las mujeres hacia los varones y de éstos hacia otros varones [4].

Referente al número de profesionales colegiados en España existen 265.269 profesionales de enfermería, cifra que supone un decrecimiento respecto al año anterior de un 1,02%. De esa cifra, 223.749 corresponden al sexo femenino, y tan sólo 41.820 al sexo masculino [8].

En México para 2019 se calcula contar con 476 mil enfermeras y enfermeros en la atención pública y privada, 85% de este grupo son mujeres y el restante son hombres [9], y se reconoce del gran déficit de este personal paramédico, pues se estima tener solo 2,9 profesionales por cada 1.000 habitantes, cuando los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico tienen en promedio ocho [10], en tanto que la Organización Panamericana de la Salud informa de necesitarse al menos 6 profesionales de enfermería por cada mil personas.

La Universidad Autónoma de Nayarit, es la institución de mayor arraigo y desarrollo de profesionistas de enfermería en la entidad. Tradicionalmente inicia con la profesión de enfermería incluyendo solo a mujeres, pero estos espacios se han cambiado, y si bien en la Unidad Académica de Enfermería en 2009 existía un 10% de varones frente a un 90% de mujeres en 2018 el porcentaje de varones aumento un 20%, pues se refleja 35% de hombres frente a un 65% de mujeres. Para el 2019 de 341 aspirantes el 23% fueron varones [11].

Ante este panorama surge el objetivo de identificar cuáles eran los estereotipos de género en este sector estudiantil, que se revisa en desventaja numérica en una profesión feminizada, a través del análisis de los discursos construidos en un grupo focal para la propuesta de una intervención con perspectiva de género.

3. Metodología

El grupo focal es una estrategia de recolección de datos que permite a los participantes, a través de la discusión, escucharse unos a otros, comentar, y en el caso de los estudiantes universitarios, interactuar. La premisa de esta técnica es que los procesos grupales pueden auxiliar a las personas a esclarecer visiones del mundo, que tal vez sean menos accesibles o menos exploradas al realizar una entrevista cara a cara [12, 13].

En los grupos focales ocurre el uso explícito de las interacciones para la producción de datos, que pueden revelar las dimensiones de la comprensión que podrían pasar desapercibidas en otras formas de recolección de datos. Los datos son producidos cuando una cuestión está construida y es debatida en las discusiones de grupo [13].

La técnica de grupo focal es especialmente útil para estudios donde se abordan sentimientos y se describen experiencias, por lo que en algunos casos resulta terapéutica en sí misma. Morse describe los grupos focales como el uso de una sesión de grupo semiestructurada, moderada por un líder grupal, sostenida en un ambiente informal, con el propósito de recolectar información sobre un tópico designado [14].

La interacción entre los participantes se utilizó para resaltar las actitudes y prioridades, estimular la generación de cuestiones y análisis sobre los estereotipos de género. A partir de los discursos se identificaron las normas y valores culturales del grupo, al mismo tiempo que se identificaron categorías problematizadoras y auxiliares en el establecimiento de *insight* sobre dicho proceso social [12].

3.1. Participantes y constitución del grupo

Se conformó un grupo focal de seis hombres. Dos estudiantes de primer grado, dos de segundo y dos de tercer de la Licenciatura en Enfermería. La lógica para la selección de las y los participantes fue propositiva orientado a encontrar ciertas variaciones en algunas características de los informantes [15].

Para la conformación del grupo focal se consideró lo referido por Onwuegbuzie [16]: se contó con una persona con un moderador y una asisten-

te. El primero se encargó de facilitar la discusión, estimular a los participantes a que hablaran, organizar los turnos, escuchar, entre otras cosas; además, se tomaron notas que alimentaban las preguntas establecidas en el guión de acuerdo al tema a abordar. Cabe señalar, que la responsabilidad de la asistente fue grabar la sesión (audio), organizar los refrigerios y asegurar que los seis participantes se sintieran cómodos. Así mismo, ayudar a través de la verificación de los datos al investigador/moderador en el análisis e interpretación de los datos.

Este estudio siguió con lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud (LGS) en Materia de Investigación para la Salud, se considera que este estudio no represento riesgo para los participantes, por la naturaleza del método de investigación que no requiere intervención o modificación intencionada de las variables fisiológicas, psicológicas y sociales de las personas participantes del estudio, al usar el grupo focal como técnica para recolectar información [17]. Para garantizar el rigor metodológico de la investigación se consideraron los criterios de “credibilidad, auditabilidad y transferibilidad” utilizados para evaluar la calidad científica de un estudio cualitativo [18].

Todas las personas decidieron participar de manera voluntaria, se obtuvo un consentimiento informado, donde el investigador principal leyó y contestó las dudas planteadas por los participantes. Asimismo, se autorizó de manera verbal, queda el registro en audio-grabado su conformidad y consentimiento; se garantizó, confidencialidad y privacidad de datos personales y los sensibles en lo establecido por la Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de los Particulares (LFPDPPP) [19].

Conforme a las pautas CIOMS (2017) se considera que las personas que participaron en la investigación se les garantizó la confidencialidad de sus respuestas, así como el anonimato, participación de forma voluntaria, desinteresada y sin remuneración por participar [20].

3.2. Análisis de la información

El análisis en el presente proyecto está basado en la transcripción de la cinta de audio para a través

de la lectura y relectura e identificar categorías problematizadoras coherentes con el fenómeno de estudio (los estereotipos de género en enfermería). Según los autores, los datos de grupos focales pueden provenir de alguno de los siguientes tres tipos: datos individuales, datos grupales y datos de la interacción del grupo [16]. En esta ocasión se consideró al grupo como la unidad de análisis. Se codificaron los datos y se presentan las temáticas emergentes desde un enfoque basado en la “Teoría Fundamentada” de Glaser y Strauss pero en una versión pragmática de la misma, pues se reconoce la necesidad de una declaración de intención [13]. Para facilitar el proceso de codificación se utilizó el software Atlas Ti versión 7.1.

4. Preguntas realizadas en el Grupo Focal de hombres para la identificación de Categorías problematizadoras

- Cómo es qué ingresaste a la carrera de enfermería.
- Opina ¿Cómo cuidan las mujeres /cuáles son los sentimientos?
- Opina ¿Cómo cuidan los hombres /cuáles son los sentimientos?
- Opina ¿Cuál consideras que sea el principal problema de estudiar la carrera de enfermería?
- Opina ¿Consideras que el trabajo de cuidado que realizan los hombres es menos o más valorado que el realizado por las mujeres?

Tabla 1. Preguntas formuladas en el grupo focal.

| Acceso, control y toma de decisiones sobre los recursos que existen en el contexto | División sexual del trabajo |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • En la carrera ¿Cuáles son las dificultades a las que te has enfrentado por ser hombre? • En comparación con las mujeres estudiantes ¿Consideras que tus necesidades son escuchadas? • En comparación con las estudiantes mujeres ¿Crees que puedes decidir sobre las intervenciones de cuidado en los contextos clínicos? • En comparación con las estudiantes mujeres ¿Consideras que tus opiniones son importantes y consideradas en el aula, en el contexto clínico? • ¿Cuáles son los servicios que te han negado el acceso por ser hombre? | <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuáles son las actividades de cuidado más frecuentes que realizas debido a que eres hombre? ¿Cuáles son las menos frecuentes? • ¿Qué actividades de cuidado se te han negado por ser hombre? |
| Los niveles de participación | Los patrones del uso del tiempo |
| <ul style="list-style-type: none"> • ¿Has sido jefe de grupo? ¿Has liderado alguna actividad clínica o áulica? • ¿Has tenido algún puesto importante en el trayecto de tus estudios? | <ul style="list-style-type: none"> • ¿Cuánto tiempo dedicas al estudio en un día, en una semana, para ti? |

5. Resultados

De la información vertida por los participantes

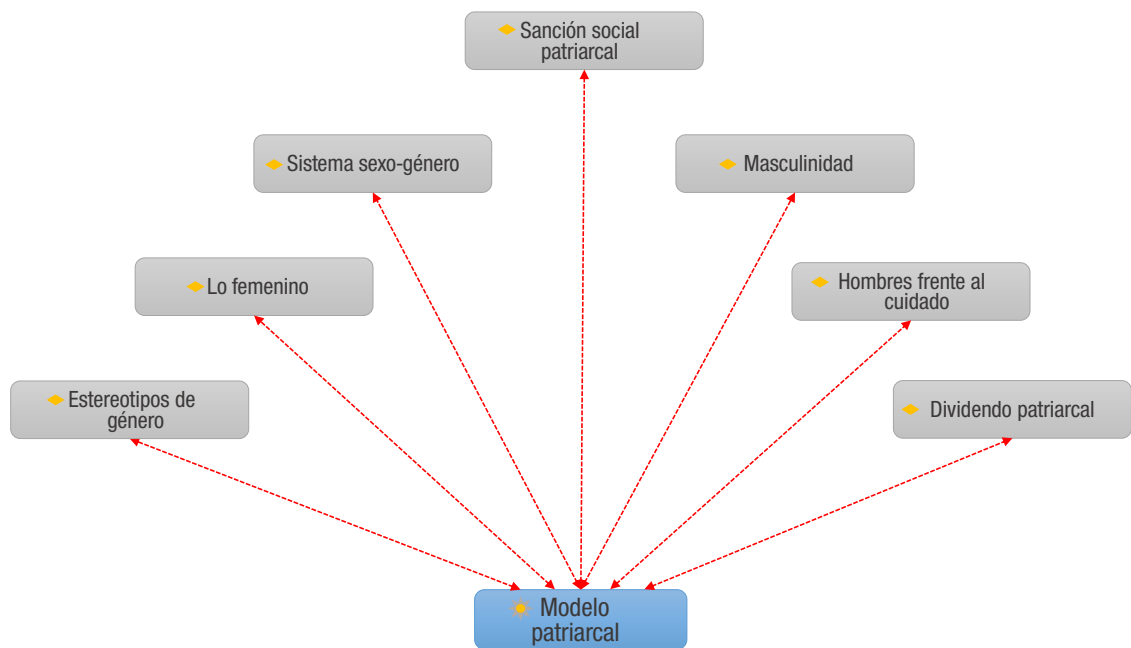
se compila la información en las categorías que se recogen en la Tabla 2, identificando aquellos elementos más característicos del discurso.

Tabla 2. Resultados obtenidos por categorías.

| Categorías | Trechos vivos |
|------------------------|--|
| Ingreso a la profesión | a) No fue la primera opción, la mayoría quería medicina b) Presión social por considerarse empleo formal estable y bien remunerado y que estaba relacionado con sus intereses. c) Lo que hace quedarse es la praxis, la inmersión en el campo. |

| Categorías | Treichos vivos |
|---|---|
| El cuidado de enfermería por los hombres | <ul style="list-style-type: none"> a) Hay una gran diferencia entre el cuidado proporcionado: E2 <i>“pero si siento que es como, de ese pensamiento que se tiene del hombre, que no se tiene ese sentimiento materno porque no es lo que nosotros brindamos”</i>. b) No proporcionan cuidados maternos que están asociados a una visión no profesional de la enfermería. c) Hay menos miedo e inseguridad en efectuar los procedimientos, menos reticencias para efectuar trabajos con diversos tipos de pacientes. E3 <i>“me han dicho ¡que si les puedo ayudar con ciertos pacientes, porque les tienen miedo”</i>. d) Reconocimiento de fuerza física tanto por sus colaboradores como por ellos mismos que les facilitan ciertos procedimientos (orgullo sobre su fortaleza corporal) y les proporciona autoconfianza. e) Utilización de otros recursos no necesariamente los afectivos para el cuidado de enfermería. Se insertan en la lógica masculina de resolver problemas en lugar de adentrarse en las relaciones. f) Algunos pacientes no tienen confianza en su cuidado, creen que van a ser más rudos en procedimientos o que no están capacitados sobre todo en las medidas de higienización de pacientes. g) Exclusión y discriminación de ciertas áreas y procedimientos, como en ginecología, mastografía situación que no sucede con médicos (discurso específico emitidos por E3, E4, E2, E1). h) El área de recién nacidos no se encuentra ningún hombre, esto hace pensar en la asociación de las mujeres para el cuidado exclusivo en esta etapa. i) El acercamiento a los pacientes lo hacen reconociendo su singularidad y persona, por lo tanto, buscan conocerlos y no considerarles solamente un número de cama o procedimiento. |
| La colaboración durante el trabajo y los roles desempeñados | <ul style="list-style-type: none"> a) Se entiende que se busca más para trabajos que requieren mayor fuerza física para colaborar. b) Distinción como estudiantes, ellos deben siempre saber y conocer, al contrario de las mujeres que pueden preguntar y expresar sus dudas e inseguridades. c) Hay la percepción de que los enfermeros van a cubrir las necesidades de movilización de enfermos y pueden apoyar en otras tareas, incluso que van a trasladarse hasta otros servicios para conseguir insumos E1: <i>“Cuando vas al hospital las personas nos miran y nos dicen que les gusta más un enfermero porque se van a dedicar al trabajo. Porque un día un enfermero suplió a la enfermera y necesitábamos una bata y nos la consiguió, fue hasta almacén y es que dedico tiempo para ir más lejos y cubrir esa necesidad”</i>. |
| La denostación del trabajo de enfermería por hombres | <ul style="list-style-type: none"> a) Al ser una carrera feminizada entonces se considera en falta de hombría y se es “gay”. E2, E6, E4 <i>“encuentras personas que te dicen que enfermería es de mujeres, entonces, sino eres mujer eres gay”</i>. Incluso algunos hombres no quieren que se les hagan procedimientos por la reserva de que un hombre no podría tocar a otro hombre E2 <i>“y hay hombres que dice ¡cómo me va a tocar un hombre!”</i> b) Sentimientos de inadecuación al rol por sanción social de carreras feminizadas. E2 <i>“no es que no siento que deba de estar aquí!”</i> E5 <i>“Me sentía así porque te sobajas a estudiar enfermería, entonces ese comentario es muy agresivo”</i>. c) Integración de un lenguaje específico para adscribirse a una categoría social, aunque esta tiene una valencia negativa E2, E6 <i>“limpia culos” [mmm] sino que es entre nosotros</i>. d) El estereotipo del médico hombre y la mujer enfermera, y que se tiene mayor exigencia en la carrera de medicina por lo tanto reconocen que su profesión no es entendida más que como un accesorio en la relación médico-paciente, que incluso tienen que retar en diversas situaciones que les ponen a prueba y les confrontan en sus roles. |

| Categorías | Treichos vivos |
|---|---|
| <p>La masculinidad tradicional en contexto de enfermería</p> | <p>a) Se espera en ellos que tengan más lógica y mejores procesos de aprendizaje, por lo tanto, no se permiten mostrar sus dudas e inseguridades, demostrando fuerza y valentía ante los procesos: <i>E2 “cuando están con las maestra de campo clínico, es más fácil que les digan así eso es mejor, no juzgan tanto lo que dicen”.</i></p> <p>b) Utilización de su cuerpo para demostrar su valor a través de su fuerza física</p> <p>c) Utilización del estoicismo como una forma de demostrar que se es hombre.</p> <p>d) No reconocimiento por sus pares o docentes de sus necesidades del propio cuidado de sus familiares o de su persona, lo que impulsa a seguir perpetuando modos tradicionales de masculinidad y sus roles asociados <i>E3 “hay ocasiones que mi abuelita no puede cuidar a mi hermano, mi hermano esta pequeño y les he dicho a las maestras que cuando me quedo cuidando a mi hermano falto y no me justifican, en cambio cuando una madre soltera se queda cuidando a su hijo si le justifican y es lo que de somos familia yo le tengo el mismo cariño hermano que una madre a su hijo, no entiendo porque los maestros no ven ese lado, esa necesidad que puede tener un hombre”.</i></p> <p>e) Al ser hombre las quejas por la calidad de la atención de los pacientes no se magnifican, lo cual puede suceder en forma más común en las mujeres <i>E1 y E2 “de quejas y de conflictos que estaban los pacientes enojados porque falto un médico y estábamos yo y mi compañera y yo, conmigo nadie se paraba a decirme algo y con mi compañera casi se la comían viva. Le gritoneaban y a mí no me decían nada, si me preguntaban, pero no exigirme”.</i></p> |
| <p>Las expectativas de roles estudiantiles diferenciadas</p> | <p>a) Asumen que se debe encontrar modos para llevar a cabo un liderazgo ya sea en los servicios de prácticas como en los espacios estudiantiles, las compañeras toman este rol como algo muy plausible de que suceda por lo tanto ellos toman iniciativas y decisiones con mucha frecuencia en las interacciones grupales.</p> <p>b) Entienden que ellos tienen otros cuidados y otros entornos, por lo tanto, como estudiantes se ven en desventaja en la prolijidad y detalles con las que entregan los trabajos las mujeres</p> <p>c) Aprecian que las mujeres dan una atención diferenciada si los pacientes son hombres o mujeres, pues así las estudiantes a las mujeres tienden a cuidar y mejorar su entorno (sobre todo cuando están en hospitales) lo que no hacen con los hombres, a los que no arreglan como lo hacen con ellas. <i>E1 “pese que tenían pacientes masculinos en el área, ninguna se iba con ellos, nadie limpiaba la cama del señor. Si es con mujeres las dejaban bien, pero si son con hombres no”.</i></p> <p>d) Se consideran en desventaja los hombres en la creencia de las habilidades femeninas de multitareas simultáneas, revisando que ellos necesitan más concentración o tiempo de trabajo para desarrollar los productos académicos</p> <p>e) La diferencia en el arreglo personal o en la búsqueda de aceptación lo consideran un punto de ventaja en su trabajo, pues opinan que las mujeres enfermeras en ocasiones pierden el sentido de su trabajo al priorizar su arreglo o buscar ser aceptadas o reconocidas por sus docentes o directivos, sobre la consolidación de su competencia profesional.</p> <p>f) Tendencia a seguir los manuales de procedimiento en contraparte de sus compañeras que aprenden rápido las prácticas que observan de sus compañeras, aun cuando sean errores.</p> |

Figura 1. Redes derivadas del discurso de un grupo focal de hombres estudiantes de Enfermería.

En la Figura 1 se visualiza cómo el modelo patriarcal y su lógica del cuidado atribuido a los seres feminizados, promueve estereotipos de género en los estudiantes de enfermería, quienes se encuentran en la encrucijada del desarrollo profesional que consideran pueden desarrollarla con éxito y la sanción social de insertarse en una profesión feminizada, y por ende, subvalorada.

5. Discusión

La enfermería como la actividad de cuidar y curar ha existido a lo largo de la historia de la humanidad, dado que siempre ha habido personas con deficiencias para valerse por sí mismas y, por tanto, personas que cuidan de ellas, especialmente en momentos de la historia que denotan una mayor necesidad social debido a fenómenos como epidemias, pestes y guerras [21].

En la modernidad se requiere interpelar las matrices culturales tanto de los/las profesionales de enfermería como de las políticas en materia de salud y cuidados con la perspectiva de género que impactó de modo positivo la calidad de vida laboral en los profesionales en enfermería. Promover la equidad y la igualdad entre hombres y mujeres, es un ejercicio para erradicar los estereotipos sociales

y discriminación, así como la búsqueda del fortalecimiento de las profesiones que tienen una mayor participación de mujeres, lo cual abrirá nuevas oportunidades para una verdadera inclusión de estas en el campo laboral [21,22].

Las autoras coinciden con las pensadoras feministas al argumentar la feminización del mercado laboral entorno al trabajo de los cuidados formales y no formales; además, de identificar factores que precarizan el trabajo realizado por las mujeres como una estrategia del modelo económico patriarcal que facilita los procesos de subordinación donde son las mujeres quienes se forman los estereotipos sexuales dentro de los ámbitos de trabajo: la virilidad se asocia al trabajo pesado, penoso, sucio, insalubre, a veces peligroso, que requiere coraje y determinación; la femineidad se liga al trabajo liviano, fácil, limpio, que exige paciencia y minuciosidad. En este último aspecto, las investigaciones demostraron que las desigualdades entre varones y mujeres no se originaron en el mercado de trabajo, sino que surgieron en otros espacios de la vida social y que preexisten al momento de su inserción laboral [23].

La Organización Internacional del Trabajo (OIT) y los Objetivos del Desarrollo Sostenible (ODS) [24,25] coinciden con las autoras antes mencionadas, en un esfuerzo por democratizar y

desfeminizar la pobreza establecen estrategias para que los trabajos de cuidados y las profesiones relacionadas con el Cuidado, en este caso particular que la Enfermería logró a partir de dichas políticas internacionales visualizarse como una profesión sin género; pilar para el desarrollo y el bienestar social regional y globalizado. En este sentido, es necesario la inserción de los hombres en carreras como Enfermería para establecer una nueva organización social de los cuidados y eliminar la estructura desigual tejida históricamente por la división sexual del trabajo mediante los roles estereotipados [24,26].

6. Conclusiones

En el caso de los estudiantes varones que participaron en los grupos focales se observan discursos que evidencian la atribución de la homosexualidad como forma primordial de sanción social, siendo la familia (hermanos varones) y amigas/os de la carrera los encargados de cumplir la función de sancionar a través de la duda de la hombría y de la orientación sexoafectiva.

En el grupo focal se observaron indicadores del dividendo patriarcal referidos de manera inconsciente. Las características buscadas de forma individual o colectivamente ayudan a los estudiantes varones a acumular los símbolos que denotan “vi-

lidad”: musculatura y su asociación con la fuerza física, el éxito económico, la agresividad, el poder y el saber. Lo anterior, es considerado capital simbólico [4,5], por lo tanto, este grupo de estudiantes busca adaptarse a este entorno, buscando alcanzar mayor capital simbólico que le hace valorarse.

Constituir el grupo social de “enfermeros”, les hace auto adscribirse a un grupo con menor valía en comparación a hombres médicos, encontrando entre sí el apoyo identificador para transitar en un modelo de salud altamente jerarquizado en su organización.

En la relación entre hombres y mujeres se observa el fenómeno denominado: “discriminación por minoría”; es decir, a los hombres se les margina y se le designa ciertos espacios. Sin embargo, como se puede evidenciar en lo referido en el grupo focal, los hombres no experimentan los efectos negativos del llamado “minoritarismo” [4], excepto en algunos servicios, que ellos consideran serán posteriormente modificados, cuando dejen los roles de estudiantes y se inserten en la práctica profesional.

El propósito del grupo focal fue la recolección de experiencias personales y creencias relacionadas con los estereotipos de género referidos a través del lenguaje; signos y símbolos (actos ilocutivos y perlocutivos) que sirven como un dispositivo de poder, encontrando que este dispositivo sanciona la elección de los estudiantes varones que deciden estudiar la carrera de enfermería.

BIBLIOGRAFÍA

1. Osses-Paredes, et al. Hombres en la enfermería profesional. *Enfermería Global* [Internet], 18. 2010. [citado el 25 de Marzo de 2020]. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000100016&lng=es&tlng=es.
2. Guillén D O, Cuevas L. La enfermería. En voz de los estudiantes masculinos. *Rev iberoam educ. Invest. Enferm* [Internet] 4(3). 2013 [citado el 3 junio de 2020] p. 1-10. Disponible en <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-29294>
3. García Bañón A M, Sainz Otero A, Botella Rodríguez M. La enfermería vista desde el género. *Index de Enfermería* [internet] 13(46). 2004. [citado el 3 de junio de 2020] p. 45-48. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000200009&lng=es&tlng=es.
4. Hernández Rodríguez A. (2011). Trabajo y cuerpo: El caso de los hombres enfermeros. *La ventana. Revista de estudios de género* [Internet], 4(33), 2011 [citado 29 de junio de 2020] p. 210-241. Disponible en http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-94362011000100009&lng=es&tlng=es
5. Sanfélix J. Las nuevas masculinidades. Los hombres frente al cambio en las mujeres. *Prisma Social: revista de investigación social* [Internet], 7. 2011 [citado el 05 de julio de 2020] p. 220-247. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3806207>
6. Basail A, Contreras Ó. La construcción del Futuro: Los retos de las Ciencias Sociales en México. *Memorias del 4 Congreso Nacional de Ciencias Sociales. XIII Género y sexualidad*. Editorial CESMECA-UNICACH

- [Internet], Tuxtla Gutiérrez. 2014. [citado el 15 de septiembre de 2020] Disponible en: www.comecso.com y www.cesmeca.unichah.mx
7. Fernández C, Artiaga A, Dávila Ma. Cuidados, género y transformación de identidades. *Revista Cuidados de Relaciones Laborales* [Internet], 31 (1). 2013. [citado el 20 de septiembre de 2020] p. 57-89. Disponible en: <https://www.surt.org>
 8. Domínguez S. El perjuicio de los estereotipos cuando el profesional de enfermería es un varón. Elsevier [Internet]. 2013. [citado el 20 de octubre de 2020]. p 1-6. Disponible en <https://www.elsevier.com/es-es/connect/enfermeria/el-perjuicio-de-los-estereotipos-cuando-el-profesional-de-enfermeria-es-un-varon>
 9. Redacción. [Internet]. México, corto de enfermeras. *Excelsior*. 2020 [citado el 30 de octubre de 2020] p.1. Disponible en <https://www.excelsior.com.mx/de-la-red/2018/03/01/1223559>
 10. Masse F. Enfermeras: tan importantes y olvidadas. Centro de investigación en política pública (IMCO) *Expansión* [Internet] 2019 [citando el 18 noviembre de 2020] disponible en <https://expansion.mx/opinion/2019/08/18/enfermeras-tan-importantes-y-olvidadas>
 11. Departamento Psicopedagógico. Unidad Académica de Enfermería. Informe 2020 [citado el 16 de noviembre de 2020].
 12. Rubim E, Porto J, Zárate R, González L. Grupo focal en investigación cualitativa de enfermería en do Prado M, de Souza, M, Monticelli M, Cometto M, Gómez P. *Investigación cualitativa en enfermería. Metodología y didáctica*. 2013. [Citado el 18 enero de 2021] p. 186-195. Brasil: Universidad Federal de Santa Catarina.
 13. Barbour, R., Flick U. *Los grupos de discusión en Investigación Cualitativa*. Traducida por del Amo T. y Blanco C. 2014. [Citado 16 enero de 2021] Madrid: Morata
 14. Morse J M. *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa*. San Vicente del Raspeig: Publicaciones de la Universidad de Alicante. 2005. [Citado 22 enero de 2021]
 15. Teddie ch, Yu f. *Mixed Method Sampling: A Typology whit examples*. *Journal Of Mixes Methods Research*. [Internet], 1(1). 2007 [citado 30 de noviembre de 2020] p. 77-100. Disponible en <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/2345678906292430>
 16. Onwuegbuzie, A., Dickinson, W., Leech, N. y Zoran, A., (2011). Un marco cualitativo para la recolección y análisis de datos en la investigación basada en grupos focales. *Paradigmas*, 3, 127-157.
 17. Ley General de Salud (LGS). Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud. Distrito Federal, México: Secretaria de Salud. 2010. [citado 22 Noviembre de 2020]. Disponible en: <https://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/nom/compi/rlgsmis.html>
 18. Salgado-Lévano AC. *Investigación Cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos*. *Liberabit* [Internet]. 13, 2007. [Citado el 28 de noviembre de 2020] p. 71-78. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272007000100009
 19. Ley Federal de Protección de Datos Personales en Posesión de Particulares (LFPDPPP). DE los principios de protección de datos personales. 2010. [Citado el 05 de diciembre de 2020]. Disponible en <http://www.diputados.gob.mx/LeyesBiblio/pdf/LFPDPPP.pdf>
 20. Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS). Organización Panamericana de la Salud (OPS). *Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos*. 2017. [Citado 03 enero 2021]. Disponible en https://cioms.ch/wp-content/uploads/2017/12/CIOMS-EthicalGuideline_SP_INTERIOR-FINAL.pdf
 21. Fuentes-Plough JS, Ojeda-López RN. Componentes de la enfermería asociados al género y su relación con el desarrollo profesional. *Rev Enferm IMSS* [Internet]. 25(3), 2017 [Citado el 30 de septiembre de 2021] p. 201-211. Disponible en <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=73573>
 22. Álvarez Terán R. El género y la enfermería. Estado de la cuestión. *RqR Enfermería Comunitaria* [Internet]. 7(3), 2019 [Citado el 30 de septiembre de 2021] p. 18-27. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7071441>
 23. Ramacciotti KI, Valobra, A. Feminización y profesionalización de la enfermería, 1940-1955. XIX y XX Seminario “Reflexiones sobre la historia de la profesionalización y especialización sanitaria en América Latina” 27 al 28 de agosto del 2014 [Citado el 25 de septiembre de 2021], Santiago de Chile, Chile. En *Memoria Académica*. Disponible en: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.6544/ev.6544.pdf

24. Addati L, Cattaneo U, Esquivel V, Valarino I. Informe El trabajo de cuidados y los trabajadores del cuidado para un futuro con trabajo decente. Internacional del Trabajo (OIT). 2019 [Citado el 20 de septiembre de 2021]. Disponible en PdfWeb: 9789221334835 [ISBN].
25. Objetivos de Desarrollo Sostenible Agenda 2030 (ODS). Objetivo 5. Lograr la Igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas. 2015 [Citado el 18 de agosto de 2021] Disponible en <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
26. Contreras Valenzuela RS. Cuidados en América Latina: una investigación exploratoria en el contexto de la crisis sanitaria. *Temas Sociológicos* [Internet]. 28, 2021 [Citado el 29 de septiembre de 2021] p. 53-82. Disponible en <https://doi.org/10.29344/07196458.28.2747>

Imagen social de Enfermería: visibilidad de los cuidados

Pedro Pablo Herrera González

Graduado y Diplomado en Enfermería. Ministerio de Defensa.

V Premios de Investigación CODEM 2021. Finalista.

Cómo citar este artículo: Herrera González, P.P., Imagen social de Enfermería: visibilidad de los cuidados. Conocimiento Enfermero 16 (2022): 77-93.

RESUMEN

Introducción y objetivo. Es vital reforzar la autoestima e identidad profesional, construyendo una imagen positiva y competente de la enfermería, que “constituye un servicio encaminado a satisfacer las necesidades de salud de las personas”, desconocedoras de algunas funciones, debido a estereotipos. Por ello, esta revisión examina la opinión que tiene la sociedad europea sobre los cuidados de enfermería.

Metodología. Tras una búsqueda en cinco bases de datos, fueron seleccionados y analizados 14 artículos; de donde surgieron seis categorías, que sintetizan la visión social.

Resultados. La sociedad considera que la enfermería tiene un prestigio menor que otras profesiones, desconoce el campo competencial y la esencia profesional (el cuidado de la persona, familia y comunidad). Sobre la autonomía e independencia, la relaciona con “tareas delegadas”, con profesionales competentes que generan confianza pero supeditados a otros.

Conclusiones. En este contexto, las enfermeras deben trabajar para proyectar la imagen de profesionales autónomas, competentes y decisivas, a través del contacto con los pacientes, mostrando los cuidados como indispensables, visibilizando el trabajo realizado, los avances y los éxitos, con la convicción de ser imprescindibles en el mantenimiento de la salud de la población.

Palabras clave: enfermería; identificación social; estereotipo.

Social image of nursing: visibility of care

ABSTRACT

Introduction and objective. It is necessary to reinforce self-esteem and professional identity, building a positive and competent image of nursing, which “constitutes a service aimed at satisfying people’s health needs”, unaware of some functions, due to stereotypes. Therefore, this review examines the opinion that European society has on nursing care.

Methodology. After a search in five databases, 14 articles were selected and analyzed; from where six categories emerged, which synthesize the social vision.

Results. Society considers that nursing has a lower prestige than other professions, ignores the field of competence and the professional essence (the care of the person, family and community). Regarding autonomy and independence, it is related to “delegated tasks”, with competent professionals who generate trust but subordinate to others.

Conclusions. In this context, nurses must work to project the image of autonomous, competent and decisive professionals, through contact with patients, showing care as essential, making visible the work done, progress and successes, with the conviction of being essential in maintaining the health of the population.

Keywords: nursing; social identification; stereotypes.

Este artículo está disponible en: <https://www.conocimientoenfermero.es/index.php/ce/article/view/207>

1. Introducción y objetivo

Diversos trabajos explican que los cuidados practicados por la enfermería [5-7] pueden ser influenciados por elementos conformadores de su imagen e identidad profesional, como son los estereotipos de género, debido al contexto sociocultural e histórico relacionado con la profesión a lo largo de su evolución. Esto encuentra justificación en la observación de una mayor proporción de mujeres colegiadas, en datos del Instituto Nacional de Estadística del 2018, el porcentaje asciende al 84,2% [8].

El Consejo Internacional de Enfermería (CIE) señala las competencias de las enfermeras: la promoción de la salud, la prevención de enfermedades, la promoción de un entorno seguro, la educación e investigación, la participación en políticas de salud y en gestión de pacientes y sistemas [9]; con un enfoque integral del ser humano, considerando los aspectos psicológicos y sociales, como establece la Organización Mundial de la Salud (OMS) [10].

Según Collière, para comprender la imagen pública de enfermería es necesario reflexionar sobre los cuidados y su evolución junto al concepto “salud-enfermedad” de cada etapa histórica [5,6]: en la doméstica, centrado en la supervivencia y practicado por las mujeres en el seno familiar; en la vocacional, donde la enfermedad se atribuye a los designios divinos, con una actitud centrada en la caridad, la sumisión y la religiosidad [11]; en la técnica, con un conocimiento centrado en las causas y el tratamiento de la enfermedad; y, por último, en la científica, la enfermería se consolida como profesión, responsable del cuidado de la salud de la población, y persiguiendo el conocimiento basado en la evidencia [6]. Evolucionando sin perder su esencia, su historia proporciona una identidad profesional [12].

En origen, el cuidado constituye una extensión del rol femenino en el hogar, sin prestigio [13], con poco reconocimiento social [14] e “invisibilización” [15]. “Lo esencial, es invisible a los ojos” [16]. Los cuidados invisibles son “acciones intencionadas, en un principio no registrables” [17]; son cuidados humanizados [18] fundamentados en la ética de la enfermera y en la atención integral [19] (autocuidado, apoyo emocional, escucha activa, confort, respeto, intimidad, privacidad y digni-

dad); favorecen la confianza, seguridad, mejoran el bienestar y la calidad de vida [20]. El cuidado humaniza, no las tecnologías [21]: la realidad muestra que los cuidados biológicos sí son registrados¹⁴, aunque los psicosociales que ocupan buena parte de la actividad, son menos visibles en la práctica sanitaria [14,22]. Afortunadamente, el reciente desarrollo de planes, protocolos y guías asistenciales [23], aplicando el método científico en la asistencia al paciente y a la familia de forma estructurada, lógica y sistemática [24], sirve para visibilizar el trabajo, mejorando la continuidad de los cuidados [25]. La responsabilidad, los conocimientos y la contribución al mantenimiento y promoción de la salud, han construido una enfermería experta en su principal labor: cuidar.

La imagen es un valor que prima en la sociedad [26], construida en la mente pública por la integración de los mensajes del colectivo, junto a los mensajes de los medios de comunicación social [27]. La enfermería, presente en todas las sociedades [18], es consciente de la importancia del reconocimiento de su identidad profesional [28], ya que parte de sus problemas derivan de la falta de concreción de sus rasgos característicos [29]. Provoca una imagen negativa, con sus implicaciones [26], aparecer ejerciendo roles secundarios con estereotipos ligados al género (vestido, cofia y tacones) [4,23], sin mención para la identidad profesional ni su responsabilidad [30], sin poder, sin autonomía, sin conocimiento y sin voz [4,31].

Por experiencia del colectivo, se sabe que la sociedad desconoce ciertas funciones y tiene una imagen estereotipada [32]. Estas influencias se evitarían mejorando la imagen pública, reforzando la identidad de la profesión [33], construyendo una imagen positiva, competente y profesional [26], fomentando la socialización [4] y la autoestima positiva [34]. Partiendo de que “constituye un servicio encaminado a satisfacer las necesidades de salud de las personas sanas o enfermas, individual o colectivamente” [35]; es oportuno preguntar si la población lo percibe, pues si desconoce el trabajo de las enfermeras, no recurrirá a ellas para beneficiarse de sus servicios [26]. “Enfermería son cuidados de primer nivel, nunca medicina de segunda” [36]. Por todo ello, con esta revisión se pretende analizar la imagen social de la enfermería en Europa, que permita conocer la opinión existente en la sociedad sobre los cuidados de enfermería.

1.1. Imagen e identidad profesional de la enfermería

Flexer creó en 1915 la definición de profesión: se fundamenta en una actividad intelectual, requiere de sus miembros la posesión de un conocimiento, tiene objetivos bien definidos, posee técnicas que pueden ser comunicadas y una organización propia, motivada por el deseo de trabajar por el bienestar de la sociedad [37]. Se distingue de un oficio en que una profesión se basa en conocimientos teóricos propios con una base científico-técnica de donde procede el servicio ofrecido a la sociedad [38].

Morrison sostiene que la identidad profesional es cómo se representan los profesionales a sí mismos y a los demás a través de los roles, sin desconocer la existencia de un conjunto de creencias, valores, lenguaje y los recursos presentes en tal profesión [39]. La identidad profesional de la enfermería, según Maya, se consigue respetando el Código Deontológico, con sensibilidad al dolor ajeno, con respeto y tolerancia al individuo, aceptando sus diferencias; reconociendo y admirando el conocimiento del colega, con lealtad a las instituciones, repudiando la inmoralidad, la mediocridad y la pereza [40].

1.2. Elementos determinantes en la imagen social de enfermería

Desde el siglo XIX el colectivo ha sufrido acciones que han limitado su educación, empleo y seguridad económica [41]; favoreciendo una identidad subordinada que dificulta su emancipación [42]. Ha incorporado los valores y creencias de la medicina, con baja autoestima y dependencia, con miedo a la libertad y dependencia emocional, y con falta de cohesión colectiva [42]. El entorno laboral, la educación y la cultura conducen a un autoconcepto bajo [23]; provocando la falta de reconocimiento del trabajo realizado, con la imagen social de rol supeditado al médico [41,43,44]. De manera que pudiera ocurrir que la población no accediera a sus servicios, o afectara a decisiones políticas [26]. Sin embargo, “la práctica enfermera es mucho más que el cumplimiento de múltiples tareas. Requiere de una agudeza intelectual [...], ya que se trata de acertar a escoger una acción pensada, reflexionada” [45].

Para describir la imagen que la sociedad percibe, es preciso definir aquellos factores que pueden influir en la conformación de la identidad de enfermería [26], entre los que destacan:

- Prestigio social: entendido como la posición o estatus social que otorga la población a los profesionales en relación a los estudios cursados, respecto a otras profesiones.
- Reconocimiento de las funciones: engloba aspectos relacionados con la identificación por la sociedad de las competencias propias que desempeña la enfermería.
- Grado de autonomía: trata sobre el nivel de independencia profesional que la sociedad atribuye a la enfermería en relación con otras profesiones.
- Formación académica: se aborda el conocimiento que tiene la población sobre los estudios que tienen los profesionales de enfermería, es decir, si es conocido que el nivel formativo es universitario.
- Atributos personales: características, rasgos o cualidades asociados a la enfermería.
- Competencia y confianza: si la población confía en la enfermería y en qué circunstancias.

1.3. Antecedentes históricos de la enfermería

Florence Nightingale definía la enfermería como una profesión independiente al mismo nivel que la medicina [23]: en su época las cuidadoras constituían una fuerza autónoma en el mantenimiento de la salud comunitaria [42]. “Es necesario hacer visible, lo que no se ve” [18]. Desde su inicio, la profesión evoluciona con el saber, la técnica, la epidemiología y la pirámide de población, dando una respuesta eficaz a las necesidades ciudadanas [21].

En el siglo XIX, la Ley de Instrucción Pública de 9 de septiembre de 1857 hace referencia a los títulos de practicante y matrona, con una formación fuera de la universidad [7,46]. En 1953 se unifican los títulos de enfermera, matrona y practicante en el de ayudante técnico sanitario [5]. Posteriormente, en 1977 se crean las escuelas universitarias de enfermería [47]. Actualmente, debido al Espacio Europeo de Educación Superior (EEES), se instaaura el Grado en Enfermería [48], que es un

título universitario con un campo de actuación propio según la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias [49], lo cual supone un gran avance que aumenta la autonomía y especificidad, se legaliza la prescripción de recetas [50,51], se crean diversas especialidades [52] y es posible obtener el doctorado [14] (mejoraría espectacularmente la imagen social si administraran los cuidados doctoras enfermeras [54]). Asimismo, la adquisición de otras tareas (petición de pruebas complementarias o triaje en urgencias [55]), la gestión de unidades, la salud pública, las nuevas tecnologías y nuevos roles (gestión de casos, coordinación de procesos, enfermera psicosocial, líder clínica, etc.), ubican al paciente y a la familia en el centro de los cuidados, coordinando la atención recibida en los distintos niveles asistenciales.

1.4. Imagen social de enfermería en la actualidad

En 2013 Balderas afirmó que la representación social de la imagen profesional de la enfermería depende de dos elementos: la imagen que tienen los profesionales de sí mismos y la imagen que tiene la sociedad de estos. Esta identidad es un proceso dinámico que se ha ido modelando en función del desarrollo social, tecnológico y científico que se ha impuesto a lo largo de la historia [56].

En la actualidad, en diversos artículos se muestra que la enfermería es una profesión bien valorada [18,57], por la relación cercana con las personas, considerada honesta, ética, y una fuente de información segura y confiable. Enfermería es “humanidad, amabilidad, cariño, delicadeza, empatía, que llegan donde no llegan los medicamentos” [17]. No obstante, a pesar de los esfuerzos realizados para conseguir un merecido reconocimiento social, continua latente en la sociedad cierto desconocimiento sobre la profesión [4,31] (funciones, autonomía profesional, formación y atributos), influenciado por las percepciones de género [18].

En 2016 se realizó el informe Triple Impacto, realizado por un grupo de miembros del parlamento del Reino Unido, y publicado por la OMS. Este informe sostiene que existe una necesidad urgente a nivel mundial de elevar el perfil de la enfermería (con frecuencia se la minusvalora

ra y cuya contribución se subestima) y permitir que las enfermeras trabajen a su máximo potencial para que los países alcancen una cobertura de salud universal. Las enfermeras muchas veces son el primer (a veces el único) profesional de salud al que la gente puede acceder y la calidad de su evaluación inicial, atención y tratamiento es vital; son parte de la comunidad local (comparten su cultura, fortalezas y debilidades) y pueden dar forma y realizar intervenciones efectivas para cubrir las necesidades de los pacientes, familias y comunidades. De manera que el informe concluye que el empoderamiento de las enfermeras contribuiría a una mayor igualdad de género, construiría economías más fuertes, además de mejorar la salud a nivel global [58].

2. Desarrollo

2.1. Metodología

El presente trabajo tiene por objetivo analizar la imagen social de la enfermería, de manera que permita conocer la opinión que tiene formada la sociedad acerca de los cuidados de enfermería. Para ello se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos que se describirán a continuación con el fin de recopilar y analizar la documentación relativa al tema que se pretende abordar, manteniendo un formato de revisión narrativa.

2.1.1. Estrategia de búsqueda

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos COCHRANE [59], CINAHL (Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature) [60], CUIDEN [61], PUBMED (Public Medline) [62] y WOS (Web of Science) [63], entre los meses de febrero y abril de 2020 (la última búsqueda fue el día 07/04/2020), aplicando una acotación temporal de 10 años. Los resultados obtenidos aparecen en castellano e inglés.

Previamente, con el fin de acceder a la literatura pertinente, se utilizó un lenguaje controlado mediante los términos MeSH (Medical Subject Headings) y DeCS (Descriptores en Ciencias de la Salud) (Tabla 1), además del uso de lenguaje libre para enriquecer las búsquedas.

Tabla 1. Determinación de los tesauros MeSH y DeCS.

| Término | [MeSH Terms] | DeCS |
|-------------------|---|---|
| Imagen social | "Social identification" | "Identificación social" "Imagen de la Enfermería" |
| Percepción social | "Social perception" | "Percepción social" |
| Opinión pública | "Public opinion" | "Opinión del paciente" |
| Enfermería | "Nurses" "Nursing" "Nursing care" | "Enfermeras y enfermeros" "Enfermería" "Atención de Enfermería" |

Tabla 2. Resultados de la estrategia de búsqueda en Cochrane.

| COCHRANE: | Filtros aplicados: Artículos desde 2010, castellano e inglés, ámbito EEES | |
|---|---|-----|
| Estrategia de búsqueda: en título, abstract y palabras clave de autor | "imagen profesional" AND "enfermer*" | 0 |
| | "imagen social" AND "enfermer*" | 0 |
| | "imagen" AND "enfermer*" | 3 |
| | "opinión del paciente" AND "enfermer*" | 0 |
| | "patient perception" AND "nurs*" | 105 |
| | "percepción social" AND "enfermer*" | 18 |
| | "profesional image" AND "nurs*" | 58 |
| | "public opinion" AND "nurs*" | 28 |
| | "self image" AND "nurs*" | 11 |
| | "social perception" AND "nurs*" | 214 |
| | Seleccionados: 0 | |

2.1.2. Criterios de selección

Se incluyeron para el análisis los artículos que analizaban la imagen social o la opinión pública de la enfermería, que cumpliesen los siguientes **criterios de inclusión**:

- Estudios focalizados en el objeto de estudio: estudiar la imagen social de la enfermería, que describa qué hace la profesión según la población, en el ámbito de Europa.
- Estudios realizados con adultos mayores de 18 años.
- Estudios realizados con población no profesional de rama sanitaria.
- Estudios de investigación válidos: cuantitativos y cualitativos.
- Publicaciones en inglés o español.
- Publicaciones en los últimos 10 años.
- Texto completo disponible.

Por otro lado, se rechazaron todos aquellos artículos que presentaran alguno de los siguientes **criterios de exclusión**:

- Estudios que describan la imagen social a través de los medios de comunicación.
- Estudios realizados con profesionales sanitarios y/o estudiantes de rama sanitaria.
- Estudios de opinión, documentos institucionales, literatura gris, cartas al director, etc.
- Estudios de revisión, abstract, comunicaciones a congresos.
- Texto completo no disponible o resúmenes.

2.1.3. Búsquedas realizadas

A continuación se presentan diversas tablas donde se recogen los artículos encontrados en las diferentes estrategias de búsqueda en las bases de datos empleadas para la realización del trabajo (Tablas 2 a 6), respetando las limitaciones de los criterios anteriormente señalados. Asimismo, significar que se ha empleado el gestor bibliográfico Zotero®, para la organización de las referencias.

Tabla 3. Resultados de la estrategia de búsqueda en CINAHL.

| CINAHL: | | | Filtros aplicados: |
|--|--|----|---------------------------|
| Estrategia de búsqueda: palabra en materia principal | "patient perception" AND "nurse" | 55 | Artículos desde el 2010 |
| | MW "professional image" AND MW "nurs*" | 24 | Castellano e inglés |
| | MW "public opinion" AND MW "nurs*" | 9 | Ámbito EEES |
| | MW "social identity" AND MJ "nursing" | 7 | Texto completo disponible |
| | | | Seleccionados: 95 |

Tabla 4. Resultados de la estrategia de búsqueda en CUIDEN.

| CUIDEN | Estrategia de búsqueda: Palabras clave | Sin límites | Con límites |
|--------|--|-------------|--|
| | ("Identidad profesional")AND(("Enfermera(o)")OR("Enfermería")) | 362 | Filtros aplicados: Artículos desde el 2010 Castellano e inglés Europa |
| | ("Identidad social")AND(("Enfermera(o)")OR("Enfermería")) | 65 | |
| | ("Identificación social") | 3 | |
| | ("Imagen de la enfermera(o)")OR("Imagen de la enfermería") | 206 | |
| | ("opinión del paciente" AND "enfermer*") | 92 | |
| | ("percepción social")AND(("enfermería")OR("enfermera(o)")) | 15 | |
| | | | Artículos seleccionados: 53 |

Tabla 5. Resultados de la estrategia de búsqueda en PUBMED.

| PUBMED: | Estrategia de búsqueda: | Filtros aplicados: Castellano e inglés, ámbito EEES, texto completo disponible |
|---------|--|--|
| | professional[All Fields] AND "nursing"[Subheading] OR "nursing"[MeSH Terms] AND "image"[Abstract] AND ("2010/01/01"[PubDate] : "2020/04/07"[PubDate]) NOT "student"[All Fields] | 6 |
| | ("Public Opinion"[Mesh] AND "nursing"[Subheading]) NOT "Students, Nursing"[Mesh] AND ("loattrfull text"[sb] AND "2010/01/01"[PDAT] : "2020/04/07"[PDAT] AND "humans"[MeSH Terms]) | 12 |
| | "Social Perception"[Mesh] AND "nursing"[Subheading] AND (Comparative Study[ptyp] OR Journal Article[ptyp] OR Review[ptyp]) AND "loattrfull text"[sb] AND ("2010/01/01"[PDAT] : "2020/04/07"[PDAT]) AND "humans"[MeSH Terms] AND "adult"[MeSH Terms]) | 26 |
| | ("public opinion"[MeSH Terms] OR "public opinion"[All Fields]) AND ("professional competence"[MeSH Terms] OR "professional competence"[All Fields]) AND ("nursing"[Subheading] OR "nursing"[All Fields] OR "nursing"[MeSH Terms]) AND ("loattrfull text"[sb] AND ("2010/01/01"[PDAT] : "2020/04/07"[PDAT]) AND (English[lang] OR Spanish[lang])) | 8 |
| | | Seleccionados: 52 |

En COCHRANE se realizaron ocho búsquedas con las palabras clave y la estrategia de búsqueda indicadas en la Tabla 2. De todos los artículos consultados, ninguno superó los criterios de selección.

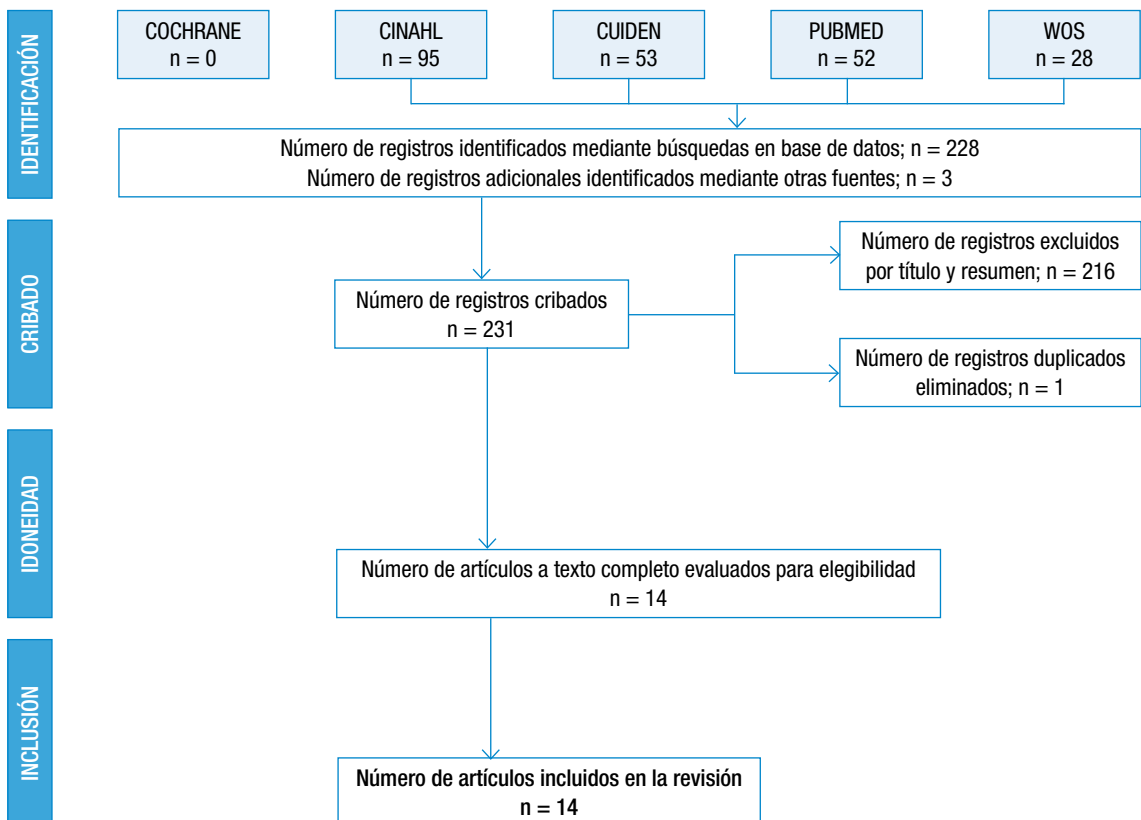
En CINAHL se realizaron cuatro búsquedas según los términos MeSH y la estrategia indicados en la Tabla 3, utilizando un lenguaje controlado. De los 95 artículos obtenidos que cumplen los

criterios de selección, se realizó un descarte por título, resumen y texto completo. Los artículos seleccionados fueron seis, se pueden consultar en el Anexo 1.

En CUIDEN se realizaron seis búsquedas según los términos DeCS y la estrategia indicados en la Tabla 4. De los 53 artículos obtenidos que cumplen los criterios de selección, se realizó un descarte por título, resumen y texto completo. Los tres

Tabla 6. Resultados de la estrategia de búsqueda en WOS.

| WOS | Estrategia de búsqueda, en título, abstract y palabras clave | Filtros aplicados |
|-----|--|--|
| | "identidad social" AND "enfermer*" | Artículos desde el 2010 Castellano e inglés |
| | "imagen profesional" AND "enfermer*" | |
| | "imagen social" AND "enfermer*" | |
| | "imagen de l* enfermer*" | |
| | "opinión del paciente" AND "enfermer*" | |
| | "percepción social" AND "enfermer*" | |
| | Artículos totales | 73 |
| | | 28 |

Figura 1. Proceso de obtención de resultados de las búsquedas.

artículos finalmente seleccionados están señalados en el Anexo 1.

En PUBMED se realizaron cuatro búsquedas según los términos MeSH y la estrategia indicados en la Tabla 5, utilizando un lenguaje controlado. De los 52 artículos obtenidos que cumplen los criterios de selección, se realizó un descarte por título, resumen y texto completo. El artículo seleccionado está indicado en el Anexo 1.

En WOS se realizaron seis búsquedas según los términos DeCS y la estrategia indicados en la Tabla 6. De los 28 artículos obtenidos, se realizó

un descarte por título, resumen y texto completo. El artículo seleccionado está indicado en el Anexo 1.

Asimismo, por búsquedas indirectas, se han seleccionado tres artículos, también indicados en el Anexo 1.

En resumen, se han obtenido 14 artículos, sometidos a una lectura crítica de texto completo, siendo relevantes para este trabajo los 14. Este proceso se recoge en la Figura 1.

Con el fin de conocer la posición en el ranking de cuartiles así como el factor de impacto de las re-

Tabla 7. Índices y cuartiles JCR y SJR.

| REVISTA ISSN | Cuartil JCR | Factor de impacto JCR | Índice SJR | Cuartil SJR |
|---|-------------|--------------------------|------------|-------------|
| Ene 1988-348X | — | — | — | — |
| Gaceta Sanitaria 1578-1283 | Q3 | 1,656 | 0,637 | Q2 |
| Health Expectations 1369-6513 | Q1 | 2,847 | 1,445 | Q1 |
| International Journal of Integrated Care (IJIC) 1532-3005 | Q2 | 2,489 | 0,882 | Q1 |
| Nuberos Científica 2173-822X | — | — | — | — |
| Nursing Ethics 0969-7330 | Q1 | 1,957 | 0,956 | Q1 |
| Professioni infermieristiche 0033-0205 | — | — | 0,14 | Q4 |
| Stress & Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress 1532-3005 | — | — | — | — |
| Rev Paraninfo Digital 1988-3439 | --- | --- | --- | --- |
| Scandinavian Journal of Caring Sciences 1471-6712 | Q2 | 1,642 | 0,667 | Q2 |
| Temperamentum 1699-6011 | — | — | — | — |
| Tesela 1887-2255 | — | — | — | — |

vistas científicas de los artículos obtenidos, se accedió a las páginas: Scimago Journal & Country Rank (SJR) [64] y Journal Citation Reports (JCR) [65].

2.2. Desarrollo

A partir de la búsqueda bibliográfica fueron seleccionados 14 artículos relacionados con el tema de la Imagen Social de la Enfermería, centrando el análisis en el estudio de los elementos que la conforman.

Para ello, se llevó a cabo un análisis temático de los estudios, siguiendo como estrategia: lectura en profundidad de los artículos, análisis de la infor-

mación, identificación de cuestiones que dieran respuesta al objetivo y conceptos relevantes, identificación de conceptos o elementos recurrentes, clasificación de los artículos en base a los elementos temáticos emergidos y resumen de resultados de los artículos en estos elementos.

Por consiguiente, se identifican seis categorías que ayudan a explicar la percepción que tiene la sociedad de la enfermería en relación a: su prestigio social como profesión, al reconocimiento de sus funciones en el desempeño de su labor, el grado de autonomía para el desarrollo de las mismas, la formación académica que se presupone a sus profesionales, los atributos asociados al colectivo (valores personales, género vinculado, etc.), así como la competencia y confianza en el profesional.

2.2.1. Prestigio social como profesión

En los artículos consultados para realizar este trabajo, se han encontrado testimonios que afirman que la enfermería es una profesión que tiene prestigio [66], está bien considerada [67] (aunque por debajo de otras profesiones como la de médico o maestro [67-69]), y a algunos de los encuestados les provoca un sentimiento de “admiración y respeto, sin resentimiento alguno” [69]. Asimismo, la población define al enfermero como un profesional indispensable e importante para el cuidado [68,70], que aporta unos cuidados considerados como adecuados [69].

Estos resultados concuerdan con los datos de sendos barómetros del Centro de Investigaciones Sociológicas de 2006 y 2013, donde se preguntaba por la valoración de una serie de profesiones, donde los enfermeros quedaron detrás de médicos y profesores. Sin embargo, en dicha encuesta también se pregunta sobre qué profesión recomendaría a un hijo o a un amigo y, en este caso, la profesión de enfermería cae a los últimos puestos [69].

2.2.2. Reconocimiento de sus funciones en el desempeño de su labor

En dos de los estudios, los encuestados afirman conocer el trabajo llevado a cabo por los profesionales de enfermería [67,70]; en un tercero, afirman que el profesional de enfermería está mejor preparado que antiguamente [71]. Asimismo, las mejores puntuaciones de algunos ciudadanos respecto a la funciones fueron para “contribución a la mejora de salud poblacional” y para “aspectos técnicos del cuidado” (capacidad intelectual para ejecutar técnicas clínicas avanzadas y dominio de conceptos y procesos complejos, participando en el diagnóstico y tratamiento) [66].

De manera general, los participantes destacan como principales tareas de enfermería las siguientes: atender y cuidar a los pacientes, la ejecución de técnicas (inyecciones, canalización de vías, extracción de muestras sanguíneas, cura de heridas, tomar la tensión arterial) y, por último, la de ayudante del médico [71]. Las funciones preventivas, educativas o de promoción de la salud, quedan relegadas no siendo reconocidas como importantes o vinculadas con la enfermería [69]. En similares

términos concluye otro de los estudios, afirmando que los encuestados no conocían los diagnósticos de enfermería, o bien los asociaban con problemas de salud leves o menos complejos (como pueden ser procesos traumatológicos, gripales, úlceras, heridas, otitis o diabetes mellitus) [68].

2.2.3. Grado de autonomía para el desarrollo de su función

En el artículo de García-Moreno se destaca que los pacientes atribuyeron importancia a la “autonomía profesional” [66]; mientras que en el de Rodríguez-Porcel los encuestados reconocen algunas tareas independientes, aunque no la posibilidad actual de prescribir recetas [67]. De manera similar se contesta en el trabajo de Pluma-Márquez acerca de las actividades derivadas de la práctica tradicional y aquellas delegadas o indicadas por el médico, que son reconocidas como ejecutadas por una enfermera, mientras que el rol autónomo es poco visible para el paciente encuestado [71]. También en el estudio de Ramos-Santana, cuatro de cada diez participantes opinan que los cuidados enfermeros están supeditados a las órdenes médicas; de manera que se repite el patrón social de creencias acerca de la enfermería, entendida como una disciplina con un papel secundario, no protagonista y bajo la jerarquía de la medicina [70].

En particular, el trabajo de Tinelli destaca que la prescripción enfermera fue muy valorada por los pacientes, con pocas diferencias en la atención recibida respecto a la prescripción por el médico habitual, incluido el acceso a la atención y sus medicamentos, el control, el apoyo para el cumplimiento, la calidad y la seguridad de la atención [72].

2.2.4. Formación académica que se presupone a sus profesionales

En el estudio de Pluma-Márquez los encuestados afirman que el profesional de enfermería está mejor preparado que antiguamente, aunque lo vinculan con la formación profesional; en el documento, el autor manifiesta su opinión por la cual el paciente no identifica a su enfermera, entre el grupo de profesionales que intervienen en su cuidado, debido a la ausencia de presentación inicial [71].

Sin embargo, en otros artículos los participantes sí identificaron correctamente el nivel universitario, atribuyendo importancia al “nivel académico y proyección profesional” [67,70]. En uno de los estudios el autor indagó sobre el nivel máximo al que se puede aspirar siendo profesional de enfermería: mientras que el grado fue el título más nombrado; el doctorado quedó en quinto lugar [68].

En cuanto a la denominación profesional, los encuestados no conocían la diferencia entre un practicante, un ayudante técnico sanitario, y un diplomado, atribuyendo el cambio a una modificación en los planes de estudio; aunque identifican a los profesionales como enfermeros [67,70].

En particular, respecto a las especialidades que pueden ser cursadas en España, el estudio de Tizón-Bouza refleja que los encuestados son conscientes de su existencia, aunque una minoría respondió de manera correcta en el momento de indicar alguna de las vigentes [68].

2.2.5. Atributos personales de los profesionales de enfermería

Sólo el artículo de Muñoz-Cruz trata sobre la relación del género con los profesionales de enfermería, donde el autor expone como resultado que queda postergado el principio que afirma que la profesión es inherente al sexo femenino [69].

Sobre las características y cualidades deseables, varios de los artículos consultados destacan habilidades interpersonales como la amabilidad, la empatía, la confianza y cercanía, la expresividad de cariño, la simpatía, la alegría y la capacidad de escucha hacia los demás, también mencionan la responsabilidad, la diligencia, la vocación y la sinceridad, además de otros aspectos como la inteligencia, tener conocimientos adecuados, la capacidad de decisión y la habilidad para la resolución de problemas [66,67,70,73]. En similares términos, los participantes consideran importante la experiencia, la escucha activa o la relación enfermero/paciente; estos componentes afectivos son considerados como un rasgo característico de los profesionales de enfermería [74]. También en otro artículo, resumen los encuestados el cuidado de los profesionales de enfermería en tres atributos, tales como son gestos de cuidado, atención y competencia [75].

2.2.6. Competencia y confianza en el profesional de enfermería

Muy relacionado con el apartado anterior, Naneli afirma que las habilidades de la esfera emocional y de las relaciones interpersonales, que describen al profesional de enfermería, junto a las habilidades técnicas, se consideran decisivas como criterio de excelencia y como merecedor de confianza por parte de los pacientes [74].

Sobre los sentimientos de los encuestados, se recogen testimonios que manifestaron respeto, admiración y satisfacción con los cuidados prestados [67,69], y confianza para seguir las instrucciones o recomendaciones suministradas, calificando como buena la experiencia en la atención profesional [67,71]. De manera particular, dos autores afirman que los participantes de sus trabajos tienen una mayor consideración de la enfermería cuanto más conocen y tratan al profesional que les atiende [66,70]. Asimismo, en el estudio de Halskov se reconoce que la confianza hacia el profesional, provoca que en el hogar, como contexto clínico, los ancianos con enfermedades crónicas puedan hacer demandas y condiciones al colaborar con los profesionales de la salud [76].

Schaepe, en su trabajo sobre el paciente sometido a ventilación mecánica domiciliaria, concretiza sobre la confianza y sensación de seguridad que aporta el profesional de enfermería; de manera que es importante para el paciente la cotidianeidad y la familiaridad del profesional con la situación basal, de tal manera que sabrá lidiar con la situación, reconociendo y respondiendo ante los posibles problemas. Además, también aumenta la confianza, cuando el profesional fomenta la capacidad comunicativa del paciente mediante el lenguaje corporal, evitando así que se sienta desanimado e inseguro [77].

Asimismo, en similares términos a los relacionados, en el artículo de Yava se recomienda que el personal de enfermería ayude a minimizar los factores ambientales que causan estrés e incomodidad a los pacientes ingresados en unidades de cuidados intensivos (UCI), de manera que se aliente a que los pacientes verbalicen el miedo y la ansiedad, asegurando que la evaluación del dolor y el tratamiento sean adecuados [78].

Por último, autores como Papastavrou, García-Juárez y Canzan, manifiestan la importancia

de la comunicación, de manera que hablar con los pacientes muestra preocupación y que su opinión es tenida en cuenta; también supone una oportunidad para evaluar el estado de salud, reconocer el deterioro, tranquilizar, educar e informar; contribuyendo al establecimiento de una relación confiable con el paciente [79]. De manera que la competencia técnica, la responsabilidad, la transmisión de información y la capacidad de prestación de cuidados reforzaría la asociación entre la personalización y el establecimiento de una relación terapéutica con el paciente que le permita expresar sus temores y opiniones, y aceptar las repercusiones de la enfermedad y las recomendaciones sanitarias, es decir, una mayor calidad de la atención prestada [73]. Asimismo, los pacientes describieron haber sido testigos de la competencia de las enfermeras a través del cuidado; apreciaron que los trataran como individuos, mostraran respeto por sus sentimientos y dignidad, facilitando una enseñanza-aprendizaje que requería “competencia”; valorando la provisión de información, porque les permitió participar en la toma de decisiones [75].

3. Conclusiones

A partir de la revisión bibliográfica realizada, se puede concluir que la imagen social de la enfermería está distorsionada, extrayendo las siguientes conclusiones según las categorías definidas con anterioridad:

- Prestigio social como profesión: la enfermería es una profesión que goza de cierto prestigio y está bien considerada socialmente, aunque en menor medida que otros colectivos, como medicina o magisterio.
- Reconocimiento de sus funciones en el desempeño de su labor: si bien la sociedad opina que los profesionales de enfermería están mejor preparados que antaño, y reconoce las actividades técnicas que habitualmente se desarrollan, aún desconoce todo el potencial y algunas funciones propias, como por ejemplo, la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Grado de autonomía para el desarrollo de su función: de manera similar a la conclusión anterior, aunque se conocen ciertas funcio-

nes autónomas, aún persiste mayoritariamente la visión de la profesión como ayudante de la medicina.

- Formación académica que se presupone a sus profesionales: la sociedad reconoce la formación universitaria de los profesionales, aunque sólo una minoría identifica las diferentes especialidades o la posibilidad de obtener el doctorado.
- Atributos personales de los profesionales: la sociedad no vincula la profesión exclusivamente al sexo femenino. Sí destaca la relación de los profesionales con habilidades interpersonales que proporcionarían bienestar a los pacientes, como la amabilidad, la empatía, la confianza y cercanía, la expresividad de cariño, la simpatía, la alegría y la capacidad de escucha hacia los demás, la responsabilidad, la vocación, la capacidad de decisión y la habilidad para la resolución de problemas.
- Competencia y confianza en el profesional de enfermería: aquí se relacionan también las habilidades emocionales con las técnicas, de manera que la sociedad confía cada día más en los profesionales de enfermería a medida que más interacción existe entre ambos, es decir, cuanto más trato y conocimiento mutuo tienen.

3.1. Implicaciones para la práctica profesional

Con todo lo abordado hasta aquí, los profesionales de enfermería deberían adquirir el compromiso de proyectar una imagen actual de una profesión autónoma, competente y con capacidad de decisión; siguiendo el ejemplo de Florence Nightingale, buscando el éxito profesional, sin excusas, recordando cuidar a la persona que sufre.

Este camino es posible a través del contacto con los pacientes, dando a conocer los cuidados como algo natural e imprescindible, visibilizando el trabajo realizado, los avances y los éxitos, con la convicción de ser una profesión imprescindible en el mantenimiento de la salud de la población. Porque el mayor grado de desarrollo profesional se ha conseguido cuando el ejercicio ha

estado regido por principios profesionales, enseñado por las propias enfermeras y gestionado con autonomía.

El colectivo debe pensar en sí mismo, de manera que se consiga que la sociedad tenga un concep-

to claro y real de la enfermería, en lugar de esperar a un reconocimiento pasivo desde la propia sociedad. Trasladando el positivo mensaje de José Martí, “la más noble de las profesiones, y quién sabe si la más grata, es la de enfermero”.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. BOE; num 71. 2007.
2. Enfermera Saturada. El silencio de los goteros. Plaza & Janés; 2019.
3. Henderson V. We've “come a long way,” but what of the direction? *Nursing Research*. 1977;26(3):163-4.
4. Takase M, Kershaw M, Burt L. Does Public Image of Nurses Matter? *Journal of Professional Nursing*. 2002;18(4):196-205.
5. Collière M. Promover la vida. Madrid: S.A. McGraw-Hill / Interamericana de España; 1993. 392 p.
6. Martínez-Martín M, Chamorro-Rebollo E. Historia de la Enfermería. Evolución histórica del cuidado enfermero. 2a edición. Barcelona, España: Elsevier; 2011.
7. Calvo-Calvo M. Imagen social de las enfermeras y estrategias de comunicación pública para conseguir una imagen positiva. *Index Enfermería*. 2011;20(3):184-8.
8. Instituto Nacional de Estadística. (National Statistics Institute) [Internet]. [citado 4 de mayo de 2020]. Disponible en: <https://www.ine.es/dynt3/inebase/es/index.htm?padre=5625&capsel=5627>
9. CIE. Nursing Definitions [Internet]. [citado 3 de febrero de 2020]. Disponible en: <https://www.icn.ch/nursing-policy/nursing-definitions>
10. WHO. Official Records of the World Health Organization, No 2, p. 100. 1946.
11. Torres A, Sanhuesa O. Desarrollo de la autoestima profesional en enfermería. *Invest Educ Enferm*. 2006; 24(2):112-9.
12. Huaiquian-Silva J. Investigación histórica e identidad profesional. *Cienc enferm*. 2014;20(1):7-8.
13. Celma-Vicente M, Acuña-Delgado A. Influencia de la feminización de la enfermería en su desarrollo profesional. *Revista de Antropología Experimental*. 2009;9(9):119-36.
14. Fajardo-Trasobares M, Germán-Bes C. Influencia del género en el reconocimiento de los cuidados enfermeros visibles e invisibles. *Index de Enfermería*. 2004;13(46):09-12.
15. Rosa-Eduardo R, Zamora-Monge G. Cuidados invisibles: ¿son suficientemente reconocidos? *Index Enfermería*. 2012;21(4):219-23.
16. Saint Exupéry A. El Principito. Salamandra. 2008.
17. Huércanos I. El cuidado invisible, una dimensión de la profesión enfermera. *Biblioteca Lascasas*. 2010;6(1):1-51.
18. Amezcua M. Enfermeras y Sociedad, ¿son pensables las alianzas? *Index Enfermería*. 2014;23(1-2):7-9.
19. García-Moyano L, Pellicer-García B, Arrazola-Alberdi O. La ética del cuidado, sustento de la bioética enfermera. *Revista Latinoamericana de Bioética*. 2016;16(30-1):72-9.
20. Anguas A, Martínez F, Huércanos I. El Cuidado Invisible como indicador de mejora de la calidad de los cuidados enfermeros. *Parainfo digital*. 2012;6(15):6.
21. Romero-Saldaña M. Evolución de la enfermería hacia la satisfacción profesional. *Rev Esp Sanid Penit*. 2009;11:65-7.
22. Fernández-Salazar S, Ramos-Morcillo, AJ. Comunicación, imagen social y visibilidad de los cuidados de Enfermería. *ENE Revista de Enfermería*. 2013;7(1).
23. Ten Hoeve Y, Jansen G, Roodbol P. The nursing profession: public image, self-concept and professional identity. A discussion paper. *Journal of Advanced Nursing*. 2014;70 (2):295-309.
24. Rodríguez-Campo V, Paravic-Klijn T. Enfermería basada en la evidencia y gestión del cuidado. *Enfermería Global* [Internet]. 2011 [citado 14 de marzo de 2020];10(24). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1695-61412011000400020&lng=es&nrm=iso&tlng=es
25. Cid M, Cid B. El registro informático: un arma para revertir la invisibilidad histórica de la Enfermería. *Fundación Index*. 2016;10(25):4.

26. Errasti-Ibarrondo B, Arantzamendi-Solabarrieta M, Canga-Armayor N. La imagen social de la enfermería: una profesión a conocer. *Anales Sis San Navarra*. 2012;35(2):269-83.
27. Almansa-Martínez P. Enfermería y cine posfranquista. Una visión frívola. *Enf Global* [Internet]. 2004 [citado 26 de febrero de 2020];3(1). Disponible en: <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/596>
28. Siles-González J. La construcción social de la Historia de la Enfermería. *Index de Enfermería* [Internet]. 2004 [citado 26 de febrero de 2020];47. Disponible en: http://www.index-f.com/index-enfermeria/47revista/47_articulo_7-10.php
29. Cañaveras R, Siles J, de Juan J. La imagen de enfermería a través de los profesionales y los estudiantes de la carrera. Un estudio con la técnica del diferencial semántico. *Enfermería Científica*. 133:4-10.
30. Heierle-Valero C. La imagen de la enfermera a través de los medios de comunicación de masas: La prensa escrita. *Index Enfermería*. 2009;18(2):95-8.
31. Kemmer L, Silva M. Nurses' visibility according to the perceptions of the communication professionals. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2007;15(2):191-8.
32. Mena-Tudela D, González-Chordá V. Imagen social de la enfermería, ¿estamos donde queremos? *Index de Enfermería*. 2018;27(1-2):5-7.
33. Takase M, P M, E M. Impact of the perceived public image of nursing on nurses' work behavior. *J Adv Nurs*. 2006;53(3):333-43.
34. Angel E, Craven R, Denson N. The Nurses Self-Concept Instrument (NSCI): Assessment of psychometric properties for Australian domestic and international student nurses. *International Journal of Nursing Studies*. 2012;49:880-886.
35. CGE. Código deontológico de la enfermería española. Resolución no 32/89, del Consejo General de Enfermería, por la que se aprueban las normas deontológicas que ordenan el ejercicio de la profesión de Enfermería de España con carácter obligatorio. 1989.
36. Jacox AK, Norris CM. *Organizing for Independent Nursing Practice*. Appleton-Century-Crofts; 1977. 292 p.
37. Bennett W, Hokenstad M. Full-time people workers and conceptions of the "professional". *The Society Review Monograph*. 1973;20(Dec. 1973):21-43.
38. Armendáriz-Ortega A, Médel-Pérez B. Identidad profesional. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*. 2009;17(1-3):42-5.
39. Morrison C. Teacher identity in the early career phase: Trajectories that explain and influence development. *Australian Journal of Teacher Education*. 2013;38(4):91-107.
40. Maya-Maya M. Identidad profesional. *Investigación y educación en Enfermería*. 2003;21(1):98-104. 41. Adamson B, Kenny D, Wilson-Barnett J. Structural and perceived medical dominance: a study of barriers to nurses' workplace satisfaction. *Journal of advanced nursing*. 1995;21:172-83.
42. Medina-Moya J, Schubert-Backes V, Lenise-do Prado M, Sandin M. La enfermería como grupo oprimido: las voces de las protagonistas. *Enfermagem*. 2010;19(4).
43. Germán C, Orkaizagirre A, Huércanos I, Hueso F. ¿Provocan las enfermeras su propia invisibilidad?: a propósito del caso de María. *Index de Enfermería*. 2015;24(3):139-43.
44. Moore S, Lindquist S, Katz B. Home health nurses: Stress, self-esteem, social intimacy, and job satisfaction. *Home Care Provider*. 1997;2(3):135-9.
45. Kèrouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. *El Pensamiento Enfermero*. Barcelona: Masson; 1996.
46. Real Decreto 2128/1977, de 23 de julio, sobre integración en la universidad de las escuelas de ayudantes técnicos sanitarios como escuelas universitarias de enfermería. *BOE*; num 200. 1977.
47. Orden 26 Abril de 1973 por la que se aprueba el Estatuto del personal Auxiliar sanitario titulado y Auxiliar de clínica de la Seguridad Social (DEROGADA) [Internet]. *BOE*. 1973. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-1973-602>
48. Orden CIN/2134/2008, de 3 de julio, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Enfermero. *BOE*; num 174. 2008 p. 31680-3.

49. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias. BOE; num 280. 2003 p. 41442-58.
50. Real Decreto 954/2015, de 23 de octubre, por el que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros. BOE; num 306. 2015.
51. Orden PCI/581/2019, de 24 de mayo, por la que se regula la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos y productos sanitarios de uso humano por parte de los enfermeros de las Fuerzas Armadas. BOE; num 130. 2019.
52. Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, de especialidades de enfermería. BOE; num 108. 2005.
53. Arroyo-Gordo M. La titulación de grado en Enfermería y las competencias profesionales. *Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI*. 2009;7(2):275-83.
54. Christman L. Who is a Nurse? *Journal of Nursing Scholarship*. 1998;30(3):211-4.
55. Medina-Aragón F, Gómez-Salgado J. *Fundamentos teóricos-prácticos de la Enfermería de Emergencias*. Madrid: Enfo Ediciones; 2009. 221-57 p.
56. Balderas-Gutiérrez K. Elementos que constituyen la identidad profesional de la enfermera. *Atlante Cuadernos de educación y desarrollo* [Internet]. 2013; Disponible en: <http://atlante.eumed.net/wp-content/uploads/profesion.pdf>
57. Donelan K, Buerhaus P, DesRoches C, Dittus R, Dutwin D. Public Perceptions of Nursing Careers: The Influence of the Media and Nursing Shortages. *Nursing Economic\$*. 2008;26(3):143-65.
58. APPGoGH. Triple Impact of Nursing. How developing nursing will improve health, promote gender equality and support economic growth. [Internet]. London; 2016. Disponible en: https://www.who.int/hrh/com-heeg/digital-APPG_triple-impact.pdf
59. Revisión Cochrane | Cochrane Library [Internet]. [citado 9 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/es/>
60. EBSCOhost [Internet]. [citado 22 de marzo de 2020]. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?authType=ip,uid&profile=ehost&defaultdb=ccm>
61. Fundación Index - Cuiden [Internet]. [citado 22 de marzo de 2020]. Disponible en: <http://cuiden.fundacionindex.com/cuiden/>
62. pubmeddev. Home - PubMed - NCBI [Internet]. [citado 22 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/>
63. Web of Science - Please Sign In to Access Web of Science [Internet]. [citado 22 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://login.webofknowledge.com/>
64. Scimago Journal & Country Rank [Internet]. [citado 21 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.scimagojr.com/>
65. Journal Citation Reports (Factor de Impacto) [Internet]. Disponible en: <https://www.isciii.es/QueHacemos/Servicios/Biblioteca/Paginas/JCR.aspx>
66. García-Moreno V, Brito-Brito PR, Fernández-Gutiérrez DÁ, Reyero-Ortega B, Ruiznavarro-Menéndez C. ¿Cómo crees que te ven? imagen de la enfermería percibida por profesionales y usuarios. *ENE* [Internet]. 2015;9(3). Disponible en: http://scielo.isciii.es/accedys.udc.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2015000300017&lng=en&tlng=en&SID=C15gvaVUkY3ioT4fZWa
67. Rodríguez-Porcel M, Rodríguez-Martínez M, Tortosa-Salazar V. ¿Cómo nos ven los usuarios a los profesionales de enfermería? Imagen social. *Rev Paraninfo Digital* [Internet]. 2015;22. Disponible en: <http://www.index-f.com/para/n22/036.php>
68. Tizón-Bouza E, Porto-Esteiro M, Quintela-Varela M, García-Rodríguez D, Cabarcos-Serantes M, Cao-Feal M. Percepciones y conocimientos de los usuarios de la Xerencia de Xestión Integrada de Ferrol sobre los profesionales de Enfermería de Atención Primaria. *Temperamentum* [Internet]. 2013 [citado 24 de abril de 2020];18. Disponible en: <http://www.index-f.com/temperamentum/tn18/t9109.php>
69. Muñoz-Cruz R, Consuegra-Alfárez M. Imagen social de la enfermería en una población no sanitaria de la ciudad de Madrid. *Nuberos Científica*. 2015;2(14):15-9.
70. Ramos-Santana S, Brito-Brito PR, Sánchez-Nicolás MF, Fernández-Gutiérrez DÁ. Percepción de los pacientes acerca de la profesión enfermera en atención primaria. *ENE* [Internet]. 2015;9(3). Disponible en:

http://scielo.isciii.es/accedys.udc.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2015000300018&lng=en&tlng=en&SID=C15gvaVUkY3ioT4fZWa

71. Pluma-Márquez M, Batres-Sicilia M. La enfermera de hospitalización: su imagen a través de la opinión del paciente ingresado. *Rev Tesela* [Internet]. 2013;13. Disponible en: <http://www.index-f.com/tesela/ts13/ts8087.php>
72. Tinelli M, Blenkinsopp A, Latter S, Smith A, Chapman SR. Survey of patients' experiences and perceptions of care provided by nurse and pharmacist independent prescribers in primary care. *Health Expectations*. octubre de 2015;18(5):1241-55.
73. García-Juárez MADR, López-Alonso SR, Orozco-Cózar MAJ, Caro-Quesada R, Ramos Osquet G, Márquez-Borrego MAJ, et al. Personalized nursing care and perceived quality of care in hospitals. *Gac Sanit*. diciembre de 2011;25(6):474-82.
74. Nannelli T, Calamassi D, Ciucciarelli A, Comerci S, Fadanelli M, Fanfani C, et al. Nurses as seen by patients: a phenomenological study. *Prof Inferm*. septiembre de 2015;68(3):175-85.
75. Canzan F, Heilemann MV, Saiani L, Mortari L, Ambrosi E. Visible and invisible caring in nursing from the perspectives of patients and nurses in the gerontological context. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. diciembre de 2014;28(4):732-40.
76. Halskov G, Lauridsen S, Pii KH. Patient involvement in home health care: Elderly patients' perspectives on roles and responsibilities in the collaboration with home care nurses. *International Journal of Integrated Care*. 2 de diciembre de 2016;16(6):1-2.
77. Schaepe C, Ewers M. «I need complete trust in nurses» - home mechanical ventilated patients' perceptions of safety. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*. diciembre de 2017;31(4):948-56.
78. Yava A, Tosun N, Ünver V, Çiçek H. Patient and nurse perceptions of stressors in the intensive care unit. *Stress & Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*. abril de 2011;27(2):e36-47.
79. Papastavrou E, Efstathiou G, Tsangari H, Suhonen R, Leino-Kilpi H, Patiraki E, et al. Patients' and nurses' perceptions of respect and human presence through caring behaviours: A comparative study. *Nursing Ethics*. mayo de 2012;19(3):369-79.

ANEXO 1. Artículos seleccionados en cada base de datos.

Los 14 artículos finalmente seleccionados para el trabajo fueron los siguientes, distribuidos en tablas según cada base de datos:

Tabla 8. Artículos seleccionados en CINALH.

| |
|---|
| 1. Tinelli M, Blenkinsopp A, Latter S, Smith A, Chapman SR. Survey of patients' experiences and perceptions of care provided by nurse and pharmacist independent prescribers in primary care. <i>Health Expectations</i> . octubre de 2015;18(5):1241-55 [72]. |
| 2. Canzan F, Heilemann MV, Saiani L, Mortari L, Ambrosi E. Visible and invisible caring in nursing from the perspectives of patients and nurses in the gerontological context. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> . diciembre de 2014;28(4):732-40 [75]. |
| 3. Halskov G, Lauridsen S, Pii KH. Patient involvement in home health care: Elderly patients' perspectives on roles and responsibilities in the collaboration with home care nurses. <i>International Journal of Integrated Care</i> . 2 de diciembre de 2016;16(6):1-2 [76]. |
| 4. Schaepe C, Ewers M. «I need complete trust in nurses» - home mechanical ventilated patients' perceptions of safety. <i>Scandinavian Journal of Caring Sciences</i> . diciembre de 2017;31(4):948-56 [77]. |
| 5. Yava A, Tosun N, Ünver V, Çiçek H. Patient and nurse perceptions of stressors in the intensive care unit. <i>Stress & Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress</i> . abril de 2011;27(2):e36-47 [78]. |
| 6. Papastavrou E, Efstathiou G, Tsangari H, Suhonen R, Leino-Kilpi H, Patiraki E, et al. Patients' and nurses' perceptions of respect and human presence through caring behaviours: A comparative study. <i>Nursing Ethics</i> . mayo de 2012;19(3):369-79 [79]. |

Tabla 9. Artículos seleccionados en CUIDEN.

| |
|---|
| 1. García-Moreno V, Brito-Brito PR, Fernández-Gutiérrez DÁ, Reyero-Ortega B, Ruiznavarro-Menéndez C. ¿Cómo crees que te ven? imagen de la enfermería percibida por profesionales y usuarios. <i>Ene</i> [Internet]. 2015;9(3). Disponible en: http://scielo.isciii.es/accedys.udc.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2015000300017&lng=en&tlng=en&SID=C15gvaVUkY3ioT4fZWa [66]. |
| 2. Rodríguez-Porcel M, Rodríguez-Martínez M, Tortosa-Salazar V. ¿Cómo nos ven los usuarios a los profesionales de enfermería? Imagen social. <i>Rev Paraninfo Digital</i> [Internet]. 2015;22. Disponible en: http://www.index-f.com/para/n22/036.php [67]. |
| 3. Pluma-Márquez M, Batres-Sicilia M. La enfermera de hospitalización: su imagen a través de la opinión del paciente ingresado. <i>Rev Tesela</i> [Internet]. 2013;13. Disponible en: http://www.index-f.com/tesela/ts13/ts8087.php [71]. |

Tabla 10. Artículos seleccionados en PUBMED.

| |
|--|
| 1. García-Juárez MADR, López-Alonso SR, Orozco-Cózar MAJ, Caro-Quesada R, Ramos Osquet G, Márquez-Borrego MAJ, et al. Personalized nursing care and perceived quality of care in hospitals. <i>Gac Sanit</i> . diciembre de 2011;25(6):474-82 [73] |
|--|

Tabla 11. Artículos seleccionados en WOS.

| |
|---|
| 1. Ramos-Santana S, Brito-Brito PR, Sánchez-Nicolás MF, Fernández-Gutiérrez DÁ. Percepción de los pacientes acerca de la profesión enfermera en atención primaria. <i>Ene</i> [Internet]. 2015;9(3). Disponible en: http://scielo.isciii.es/accedys.udc.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2015000300018&lng=en&tlng=en&SID=C15gvaVUkY3ioT4fZWa [70]. |
|---|

Tabla 12. Artículos seleccionados en búsquedas indirectas.

| |
|---|
| 1. Tizón-Bouza E, Porto-Esteiro M, Quintela-Varela M, García-Rodríguez D, Cabarcos-Serantes M, Cao-Feal M. Percepciones y conocimientos de los usuarios de la Xerencia de Xestión Integrada de Ferrol sobre los profesionales de Enfermería de Atención Primaria. <i>Temperamentum</i> [Internet]. 2013 [citado 24 de abril de 2020];18. Disponible en: http://www.index-f.com/temperamentum/tn18/t9109.php68 . |
| 2. Muñoz-Cruz R, Consuegra-Alfárez M. Imagen social de la enfermería en una población no sanitaria de la ciudad de Madrid. <i>Nuberos Científica</i> . 2015;2(14):15-969. |
| 3. Nannelli T, Calamassi D, Ciucciarelli A, Comerci S, Fadanelli M, Fanfani C, et al. Nurses as seen by patients: a phenomenological study. <i>Prof Inferm</i> . septiembre de 2015;68(3):175-8574. |