

CUIDAR

Universidad de La Laguna

2

2022



Revista
CUIDAR

Revista
CUIDAR

Revista de Enfermería de la Universidad de La Laguna

DIRECTOR

Alfonso Miguel García Hernández (Universidad de La Laguna)

SECRETARÍA DE REDACCIÓN

María Mercedes Arias Hernández (Universidad de La Laguna)

CONSEJO CIENTÍFICO

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

PÁGINA WEB

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

CORREOS ELECTRÓNICOS

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

EDITA

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

DISEÑO EDITORIAL

Jaime H. Vera
Javier Torres/Luis C. Espinosa

PREIMPRESIÓN

Servicio de Publicaciones

DOI: <https://doi.org/10.25145/j.cuidar.2022.02>

ISSN: 2660-4426 (edición digital)

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

Revista
CUIDAR
2

SERVICIO DE PUBLICACIONES
UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA, 2022

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

Añual

ISSN: 2660-4426

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

NORMAS GENERALES PARA EL ENVÍO Y PRESENTACIÓN DE TRABAJOS

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

SISTEMA DE EVALUACIÓN DE LOS TRABAJOS

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

ENVÍO DE LOS TRABAJOS

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

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

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

SUMARIO / CONTENTS

Editorial	
<i>Alfonso Miguel García Hernández</i>	9
ARTÍCULOS / ARTICLES	
Factores característicos en la pérdida: perspectiva teórica / Characteristic Factors in Loss: A Narrative Review	
<i>Valeria Moriconi, Cristina Maroto y María Cantero-García</i>	13
La incorporación laboral de las enfermeras recién tituladas en la Universidad de La Laguna en tiempos de pandemia. Estudio fenomenológico descriptivo / The job incorporation of new graduated nurses at the University of La Laguna in times of pandemic. A descriptive phenomenological study	
<i>María Mercedes Arias Hernández, Cristo Manuel Marrero González y Alfonso Miguel García Hernández</i>	37
El conocimiento de los estudiantes sobre la enfermería basada en la evidencia y la enfermería basada en la narrativa. Un estudio comparativo / Students' knowledge of evidence-based nursing and narrative-based nursing. A comparative study	
<i>José Siles González y M.ª del Carmen Solano-Ruiz</i>	53
¿Los profesionales sanitarios están preparados para la eutanasia? / Are healthcare professionals prepared for euthanasia?	
<i>Sergio Meneses Ramírez y Juan Elicio Hernández Xumet</i>	67
Metodologías didácticas de bioética en el alumnado de fisioterapia. Revisión bibliográfica / Didactic methodologies of bioethics in physiotherapy students. Bibliographic review	
<i>Carolina Ormazábal Pérez, María Sonia Delgado Rodríguez y Juan Elicio Hernández Xumet</i>	89
<i>El cuento de quiénes somos. El aporte de la gerontología narrativa a la atención centrada en el paciente / The story of who we are. The contribution of narrative gerontology to patient-centered care</i>	
<i>Francisco Javier González Paredes</i>	113



Caracterización de personas dolientes que manifiestan duelo inadaptado / Characterization of Bereaved People who Manifest Maladaptive Grieving <i>Daniel Martínez-Esquivel y Alfonso Miguel García-Hernández</i>	127
Caso clínico: abordaje y manejo del peso en atención primaria a propósito de un caso / Case study: Approach and weight management in Primary Care setting <i>Samia Bellahmar Lkadiri, Alba Rocío Siverio Díaz, Pilar Pérez Her- nández y Pedro Ruyman Brito Brito</i>	139



EDITORIAL

EDITORIAL

Alfonso Miguel García Hernández

Director de la revista *Cuidar*

El coraje de cuidar... Resistir... Transformar

Nadie discute que el cuidado integral describe el cuidado del otro o el cuidado de sí, y la diligencia en el cuidado de la naturaleza, las relaciones sociales, la cultura y el conjunto de la creación. La luz de este cuidado integral cobra sentido el imperativo ecológico de la sostenibilidad, que nos sitúa a las puertas de una ecología que no sea superficial o social, sino global e integral.

En un mundo que avanza hacia una mayoría de edad, en un sentido de dar significados a los acontecimientos desde la postura de género, vemos como el cuidado ha dejado de ser una categoría propia de la discreta sensibilidad femenina y los hogareños espacios privados para convertirse en una categoría con sensibilidad humana universal, institucionalmente deseable y públicamente justificada.

La salud integral, a la que se suman de manera particular la de los mayores y los menores, los dependientes, los enfermos críticos, los moribundos y en general los más vulnerables conforma una categoría de cuidados social de primera magnitud que ha crecido conformando una sociología y economía aplicada a los cuidados, desatendida desde los paradigmas tradicionales. Una nueva disciplina que produce incomodidad a los responsables políticos y técnicos y a los gestores institucionales.

Cuidar y gestar siguen generando debates ideológicos que exigen cambios en el entendimiento de la contabilidad social, que debe ser necesariamente reconstruida desde el cuidado, yendo incluso a entender la centralidad del cuidado como un elemento importante de cualquier contrato social. Una propuesta que no solo suma un valor hermenéutico, sino heurístico, un concepto abierto en reconstrucción permanente para el que el esfuerzo realizado desde las éticas del cuidado responsable no se realice a espaldas de las éticas de la justicia alejada de cálculos utilitaristas.

Más allá del cuidado profesional, sumamos el cuidado responsable que nos exige contar con la ciudadanía y la justicia social, que los países europeos han denominado estado de bienestar, que ha transformado el entendimiento del cuidado responsable ampliado más allá de los ámbitos estatalmente administrados o mercantilmente gestionados que buscan proveer las necesidades sociales y los servicios públicos rompiendo la polaridad de mercado-estado que funciona al margen de pensar nuevos modelos de sociedad de la que la antropología dinámica sabe bastante, pues evita simplificaciones que invisibilicen a los ciudadanos o los conviertan en pasivos, conformistas o irresponsables en lo que respecta al entendimiento de las políticas más convenientes para una sociedad de bienestar del siglo XXI, donde se



justifica la simplificación por la necesidad de cuantificar el bienestar por criterios de razón instrumental, dejando a un lado los aspectos cualitativos relacionados con otros modelos no instrumentales que conceden primacía al *buen-ser*, olvidando en no pocas ocasiones la fragilidad y la vulnerabilidad humana o creando un modelo en el que no tiene cabida necesitar ayuda o pedirla.

Recuperemos por tanto una sociedad de los cuidados más amplia que una sociedad del bienestar, no tengamos miedo a llamar por este nombre a una sociedad que parece que siempre ha estado a la sombra de otros conceptos como curar. Recuperemos la *sociedad del cuidado*, un concepto que ya empleó en 1985 Alan Walker y que no solo se restringe al sector del que formamos parte quienes nos dedicamos a prestar cuidados a quienes lo necesitan, ni solo a quienes entendemos como más vulnerables ya sea la infancia o la ancianidad, «lo entendemos como algo global al régimen de bienestar, basado en la perspectiva del cuidado de las personas, sus vínculos, la innovación y el progreso, la economía y la política, el medio ambiente o el modelo de estado».

El número 2 de la revista *Cuidar* aborda temas diversos e interconectados con los cuidados que abordan, entre otras cuestiones, los factores característicos en la pérdida: perspectiva teórica, y la caracterización de personas dolientes que manifiestan duelo inadaptado, la incorporación laboral de las enfermeras recién tituladas en la Universidad de La Laguna en tiempos de pandemia. Un estudio fenomenológico descriptivo; el conocimiento de los estudiantes sobre la enfermería basada en la evidencia y la enfermería basada en la narrativa. Un estudio comparativo; ¿Los profesionales sanitarios están preparados para la eutanasia?; las metodologías didácticas de bioética en el alumnado de Fisioterapia; *El cuento de quiénes somos*. El aporte de la gerontología narrativa a la atención centrada en el paciente; y un caso clínico: abordaje y manejo del peso en Atención Primaria a propósito de un caso.



ARTÍCULOS / ARTICLES

FACTORES CARACTERÍSTICOS EN LA PÉRDIDA: PERSPECTIVA TEÓRICA

Valeria Moriconi*, Cristina Maroto**
y María Cantero-García***

RESUMEN

El duelo es un proceso emocional que permite adaptarse a una pérdida. El objetivo principal que se pretende alcanzar con este artículo es identificar los factores característicos de la pérdida que se encuentran encapsuladas como «duelo complicado» para llegar a una posible categorización del duelo. Se realiza una revisión narrativa para la cual se han revisado y seleccionado los artículos científicos publicados en la base de datos PubMed, utilizando los siguientes términos: «Grief» [Mesh], «Disenfranchised Grief» [Mesh], «Bereavement», «Complicated Grief», «Prolonged Grief», «Traumatic Grief», «Pathological Grief», «Maladaptative Grief», «Collective Grief», «Anticipatory Grief», «Grief Loss» y «Covid Grief». Los resultados obtenidos ponen de manifiesto que podemos conocer la categorización y los distintos tipos de duelo, y que esto ayuda a actuar de modo preventivo e intervenir de forma temprana para evitar complicaciones en el proceso de duelo. Además, dicha categorización nos va a permitir desarrollar una mejor intervención en la práctica clínica.

PALABRAS CLAVE: duelo, categorización, revisión narrativa, prevención, intervención.

CHARACTERISTIC FACTORS IN LOSS: A NARRATIVE REVIEW

ABSTRACT

Grief is an emotional process of adaptation to loss. The main objective of this article is to identify the characteristic factors of loss that are synthesized as: «complicated grief» in order to arrive at a possible categorization of grief. A narrative review is carried out for which scientific articles published in the PubMed database have been reviewed and selected, using the following terms: «Grief» [Mesh], «Disenfranchised Grief» [Mesh], «Bereavement», «Complicated Grief», «Prolonged Grief», «Traumatic Grief», «Pathological Grief», «Maladaptative Grief», «Collective Grief», «Anticipatory Grief», «Grief Loss» and «Covid Grief». The results obtained show that knowing the categorization and the different types of grief helps to act preventively and intervene early to avoid complications in the grief process. Furthermore, this categorization will allow us to develop a better intervention in clinical practice.

KEYWORDS: bereavement, complicated grief, narrative review, prevention, intervention.



INTRODUCCIÓN

Según el diccionario de la Real Academia Española (2021), la muerte es la cesación o término de la vida, y dentro del pensamiento tradicional constituye la separación del cuerpo y del alma. A lo largo de la historia la muerte ha sido un tema de reflexión importante, con diferentes significados dentro de cada cultura, las cuales influyen en la conceptualización de las personas respecto a la misma. Normalmente, la muerte se concibe como un estímulo aversivo contra la propia supervivencia o la de otros, generando miedo, ansiedad, preocupación, etc. Esto motiva a las personas a tener conductas para evitar la muerte, a aceptarla como parte de la vida o a pensar que existe una vida feliz después de morir, donde entran en juego las creencias religiosas (Eloisa *et al.*, 2011).

El duelo (del latín *dolium*, ‘dolor o aflicción’) se produce como una reacción natural a una pérdida e incluye componentes emocionales, cognitivos y relacionales (García-Viniegras *et al.*, 2014). Este proceso es esencial para la adaptación tras la muerte de la persona querida, siendo una de las experiencias más estresantes que puede vivir el ser humano (Nevado y González, 2020).

La distinción entre un duelo normal y patológico es difícil porque lo que llamamos ‘normalidad’ depende de la cultura, de la edad y de otros aspectos (Brown y Goodman, 2005). Aun así, se puede identificar una minoría de personas que experimentan un proceso de duelo más severo e incapacitante, al que la literatura científica se ha referido como «duelo complicado» (Lundorff *et al.*, 2017). Existen tres entidades psicopatológicas que se refieren a este concepto en función del tipo de clasificación. En primer lugar, el «Trastorno de Duelo Prolongado» (TDP), planteado por Prigerson *et al.* (2009); en segundo lugar, el llamado «Duelo Complicado» (DC), que fue propuesto por Shear *et al.* (2011); y, por último, el «Trastorno de Duelo Complejo y Persistente» (TDCP), que se encuentra en el DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). Además de estas entidades, también se encuentran en la literatura científica como duelo patológico o incapacitante (Brown y Goodman, 2005). Según Barreto y Soler (2007), la diferencia entre los tipos de duelo sería la intensidad con la que se viven los síntomas del duelo, es decir, se trataría de una diferencia cuantitativa y no cualitativa. Maciejewski *et al.* (2016) añaden diferencias en cuanto al diagnóstico, específicamente en el criterio temporal y en la concepción del duelo.

El proceso de duelo ha sido entendido de diversas maneras por distintos autores, normalmente con etapas, fases o tareas (Worden, 2013). Si tenemos en cuenta el abordaje del duelo por etapas, encontramos a la doctora Elisabeth Kubler-Ross,

* Departamento Psicología. Facultad de Ciencias Biomédicas y de la Salud. Universidad Europea de Madrid. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0336-6708>.

** Alumna M PGS. Facultad de Psicología. Universidad de Comillas.

*** Departamento de Psicología. Facultad Ciencias Humanas y Sociales. Universidad Pontificia Comillas & Área de Salud. Universidad Internacional de Valencia. ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7716-2257>. Autor de correspondencia: María Cantero-García, e-mail para correspondencia: maria.canterogar@gmail.com.

quien describe cinco etapas diferenciadas: negación, ira, negociación, depresión y aceptación o rechazo (Cuadrado, 2010). El problema de abordar el duelo por etapas es que no todas las personas pasan por todas ellas y de la misma manera (Worden, 2013). Otro modo frecuente de contemplar el proceso de duelo es a través de fases. Para Parkes (1972), la elaboración del duelo sigue cuatro fases: periodo de insensibilidad, negación de sentimientos y separación emocional de la realidad de la muerte; fase de añoranza, depresión; la fase de desesperación y desorganización; y la última, fase de conducta reorganizada. Otra forma de abordar el duelo es a través de tareas, como las que propone Worden (2013) en su libro *El tratamiento del duelo*. Estas son aceptar la realidad de la pérdida, elaborar el dolor de la pérdida, adaptarse a un mundo sin el fallecido y hallar una conexión perdurable con el fallecido al embarcarse en una vida nueva.

Los instrumentos que se han ido utilizando a lo largo de los años también son diversos y han sido usados para evaluar, sobre todo, el «duelo complicado». Uno de los más utilizados es el Inventario de Duelo Complicado (IDC), pues permite identificar síntomas que diferencian entre duelo complicado y duelo normal (Prigerson *et al.*, 1999). El Inventario Texas Revisado de Duelo (ITRD) también ha sido muy utilizado, pues diferencia entre síntomas de duelo del momento presente y los que fueron del pasado. Esta herramienta no fue directamente diseñada para el duelo complicado, pero debido a que se utilizaba para medir la gravedad de los síntomas, ha sido utilizada también para medir el duelo complicado (Faschbauer, Zisook y De Vault, 1977; en Treml *et al.*, 2020). Otro de los instrumentos es el Cuestionario de Duelo Prolongado (PG-12 y PG-13, Prigerson *et al.*, 2008). Ambos se diferencian porque el primero fue creado para identificar el Trastorno de Duelo Prolongado, mientras que el segundo incluye específicamente el criterio temporal de 6 meses para el diagnóstico del duelo complicado (Prigerson *et al.*, 2009).

Algunos expertos coinciden en la dificultad de desarrollar investigaciones sobre el tratamiento del duelo con la falta de criterios comunes que existen (Prigerson *et al.*, 2008). Aun así, se encuentran diversos modelos de tratamiento del duelo «complicado» (Romero, 2013), como el de Worden (2013) por fases o tareas; el de Katherine Shear (2010), enmarcado en la teoría del apego, en la terapia interpersonal, en la corriente cognitivo-conductual e intervención motivacional; o el Counselling (Barreto y Soler, 2007), que utiliza el diálogo deliberativo y el soporte emocional; y, por último, el tratamiento con orientación cognitivo-conductual, que profundiza en realizar un procesamiento de lo sucedido, identificar y cambiar las creencias asociadas y reemplazar las estrategias ansioso-depresivas de evitación (Romero, 2013).

Debido a la disparidad de entidades, formas de concebir el proceso de duelo e instrumentos utilizados para medirlo, los estudios de prevalencia del duelo complicado muestran resultados diferentes. Lundorff *et al.* (2017) intentan agrupar estos datos en un metaanálisis cuyo resultado es el que la prevalencia general del duelo complicado es de un 9,8%. Además, esta falta de criterios consensuados también dificulta el desarrollo y replicación de investigaciones que permitan conocer cuáles son los tratamientos con mayor efectividad para este tipo de problemática (Prigerson *et al.*, 2008).



Como profesionales de la psicología, es importante poder predecir si un duelo va a tener una evolución normal o si por el contrario existe la posibilidad de que sea patológico o complicado, ya que habría diferencia entre acompañar en la evolución normal del duelo e intervenir con el fin de prevenir la patologización de este (Bamba *et al.*, 2017).

Específicamente en España, existe una escasa investigación sobre el duelo patológico y la que se encuentra se caracteriza por la falta de especificación y de acuerdo en cuanto al diagnóstico (Parro-Jiménez, 2021). Romero (2013) considera necesario aportar datos significativos para generar tratamientos efectivos que permitan dar soporte a las consecuencias que pudieran derivarse de la complicación del proceso de duelo. Para ello, se necesitaría estudiar los predictores de riesgo del duelo, para poder identificar a los dolientes que puedan necesitar ayuda psicológica tras la pérdida, discerniendo entre los diferentes tipos de duelo que pueden presentar.

OBJETIVOS

El objetivo principal que se pretende alcanzar con este artículo es identificar los factores característicos de la pérdida que se encuentran encapsuladas como «duelo complicado» para llegar a una posible categorización del duelo, atendiendo de forma secundaria a:

- a) Tipos de familiares que buscaron ayuda profesional y diferencias por género.
- b) Los instrumentos que se utilizaron para evaluar el duelo.
- c) La modalidad de intervención psicológica para tratar el duelo que se empleó en el estudio.

MÉTODO

Se realiza una revisión narrativa para la cual se han revisado y seleccionado los artículos científicos publicados en la base de datos PubMed, utilizando los siguientes términos: «Grief» [Mesh], «Disenfranchised Grief» [Mesh], «Bereavement», «Complicated Grief», «Prolonged Grief», «Traumatic Grief», «Pathological Grief», «Maladaptative Grief», «Collective Grief», «Anticipatory Grief», «Grief Loss» y «Covid Grief». Se utilizaron los operadores booleanos OR y AND para conectar y combinar los términos mencionados.

Los criterios de inclusión que se utilizan de acuerdo con el objetivo del presente trabajo son:

- 1) Estudios con metodología cualitativa o cuantitativa que incluyan una muestra que esté padeciendo un proceso de duelo.
- 2) Investigaciones en las que se describen los tipos de duelo de la clasificación propuesta con los términos señalados.
- 3) Estudios en español o inglés.

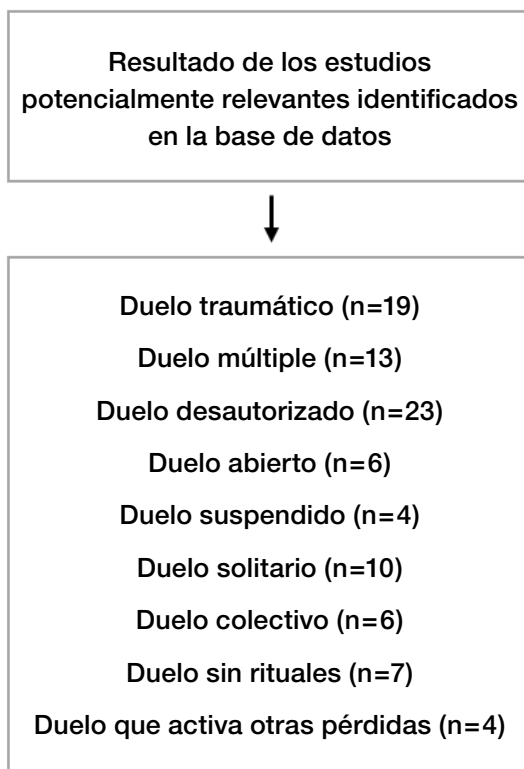


Figura 1. Diagrama de los estudios seleccionados.

Los criterios de exclusión son los siguientes:

- 1) Estudios en los que no se hable de duelo.
- 2) Investigaciones cuya muestra no esté sufriendo un duelo.
- 3) Estudios que estén escritos en otros idiomas.

En la figura 1 se puede visualizar la cantidad de artículos encontrados en la base de datos a partir de los términos seleccionados. En total, se han utilizado 92 estudios para este trabajo.

RESULTADOS

En base a la bibliografía consultada y con el objetivo de actuar a modo preventivo e intervenir de forma temprana para evitar complicaciones en el proceso de duelo, se ha llevado a cabo una clasificación de los tipos de duelos, en función de las



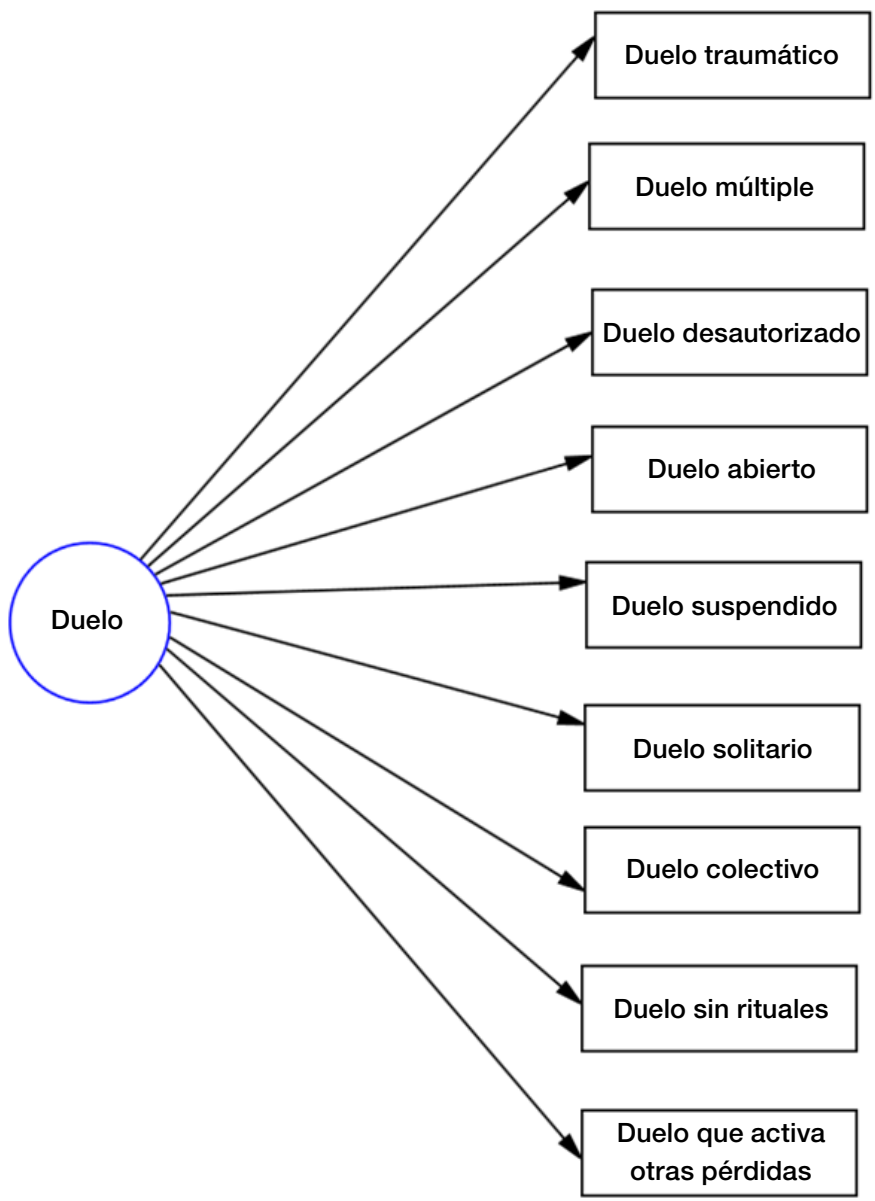


Figura 2. Propuesta de clasificación de los tipos de duelo «complicado» o «patológico».

características y sintomatología de los mismos. Estos son duelo traumático, múltiple, desautorizado, abierto, suspendido, solitario, colectivo, sin rituales y aquel que activa otras pérdidas (figura 2).

PROPUESTA DE CLASIFICACIÓN DE LOS TIPOS DE DUELO «COMPLICADO»

DUELO TRAUMÁTICO

Este duelo está relacionado con las circunstancias traumáticas o la exposición que rodea a la muerte del ser querido (Dyregrov *et al.*, 2015). De hecho, en el estudio de Mutabaruka *et al.* (2011), encontraron que los síntomas del duelo traumático se correlacionaron con la exposición al trauma o emociones desagradables y que la intensidad del distrés experimentando durante o inmediatamente después de la exposición al trauma podría mediar la relación entre la exposición al trauma y el duelo traumático. También se han encontrado estos resultados en investigaciones con niños como la de Dickens (2014), quienes hallaron que una pérdida y, por tanto, su consecuente proceso de duelo podría desencadenar en un trastorno por estrés postraumático.

Las circunstancias en las que puede ocurrir un duelo traumático son diversas. Algunas de las más comunes son por desastres naturales (terremotos, inundaciones...), guerras, muertes violentas (Nakajima *et al.*, 2012; Dyregrov *et al.*, 2015), desapariciones (Lenferink, *et al.*, 2017), muertes perinatales (Krosch y Shakespeare-Finch, 2016), migraciones (Schreiber, 1995) o incluso la pandemia de la COVID-19 (Velázquez, 2020; Kokou-Kpolou, 2020), entre otras.

Algunas de las condiciones que favorecen la aparición de duelos traumáticos son la rapidez de la pérdida, la incertidumbre, la impotencia, la sorpresa, la falta de información y la soledad antes y después de la pérdida (Velázquez, 2020). Además, también influye que la muerte sea repentina, que el ser querido fallezca solo (Masiero *et al.*, 2020) o que haya sido una muerte violenta (Lenferink *et al.*, 2017); la presencia de culpa, enfado y desesperanza (Cowdry y Stirling, 2019); miedo, horror, vulnerabilidad; desintegración de los esquemas cognitivos (Young *et al.*, 2012) y dificultad para encontrar un sentido, además de preocupaciones legales, exposición a los medios de comunicación o el estigma (Nakajima *et al.*, 2012). Según Tang y Chow (2016), el que se establezca como una muerte traumática depende de la valoración cognitiva que se haga de esa pérdida. Además, hay que tener en cuenta que las personas que presentan síntomas de un duelo traumático son cinco veces más tendentes a presentar ideación suicida que personas sin síntomas de duelo traumático, independientemente de que padezcan depresión (Prigerson *et al.*, 1999).

Algunos autores han propuesto unos criterios para diagnosticar un duelo traumático. Estos son: (A) La persona ha experimentado la muerte de una persona significativa; la respuesta incluye preocupaciones intrusivas, estresantes asociadas a la persona fallecida; (B) En respuesta a la muerte de la persona, se perciben algunos síntomas como los siguientes de forma persistente: intentos por evitar recordar aspectos sobre el fallecido, falta de interés por su futuro, sensación de vacío, desapego o ausencia de respuesta emocional, bloqueo, dificultad para reconocer la muerte, sentir que la vida no tiene sentido o está vacía, dificultad para imaginar una vida completa sin el fallecido, sentir que una parte de esa persona ha muerto, pérdida de seguridad o confianza, realiza comportamientos dañinos, excesiva irritabilidad o



ira relacionada con la muerte; (C) la duración de los síntomas es de, al menos, dos meses; (D) los síntomas causan limitaciones significativas en algunas o todas las áreas vitales de la persona (Jacobs *et al.*, 2000).

La gravedad de los síntomas del duelo traumático depende de diversos factores, como la relación con el fallecido, las circunstancias de la pérdida, así como factores de la propia personalidad del doliente (Echeburua *et al.*, 2012).

Específicamente con los fallecimientos por COVID, en recientes estudios se ha visto que el duelo que se experimenta es más complicado que el proceso de duelo cuando se trata de una muerte natural (Eisma y Tamminga, 2020; Breen *et al.*, 2021). Algunos autores (Breen *et al.*, 2021) exponen que el distrés por la separación, el proceso de duelo disfuncional y los síntomas de estrés postraumático son los responsables de estos resultados. Los autores (2022) identifican el duelo traumático y el duelo sin rituales como aquellos tipos de duelo más predominantes durante la pandemia. Por ello, se ha creado The Pandemic Grief Scale (PGS), un cuestionario de 5 ítems que tiene como objetivo poder identificar posibles casos de duelo disfuncional durante la pandemia, el cual ha mostrado su utilidad en estos casos (Lee *et al.*, 2021). Debido a la enorme demanda de personas con esta sintomatología se ve necesario y urgente el desarrollo de estrategias para identificar, delimitar y tratar a los dolientes por COVID-19 (Breen *et al.*, 2021).

DUELO MÚLTIPLE

Se identifica cuando hay más de una pérdida tangible o intangible que aflige al doliente. Las pérdidas múltiples incluyen la combinación de varias pérdidas que ocurrieron simultáneamente, como, por ejemplo, la muerte de un ser querido, la pérdida de la salud física o de la capacidad mental, un divorcio u otras circunstancias (Mercer y Evans, 2006).

Un ejemplo de pérdida múltiple es la situación vivida por la COVID-19, ya que se produjeron fallecimientos de personas queridas, pérdida de la libertad, separación de la familia, pérdida del trabajo o de las condiciones de este, en un periodo muy corto de tiempo (Gesi *et al.*, 2020; Zhai y Du, 2020), junto con un aumento en el miedo a la muerte (Menzies *et al.*, 2020). Algunos de estos duelos son relativamente nuevos, sobre todo los relacionados con la distancia social y el aislamiento, la incertidumbre en cuanto a las infecciones o la incapacidad de llevar a cabo el entierro o funeral del ser querido (Wallace *et al.*, 2020). Además, se estima que cada fallecimiento afecta a una media de 9 personas (Verdery *et al.*, 2020), por lo que unos 40 millones de personas están procesando el duelo por la pérdida de una persona querida por COVID-19 (Breen *et al.*, 2021).

Otro ejemplo es la noticia de ser positivo en el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), ya que estas personas hacen frente a la noticia, a las consecuencias en su propia salud, la posible pérdida de relaciones, de trabajo y, por ende, de la seguridad económica (Bigelow y Hollinger, 1996). En el caso de personas que han experimentado pérdidas múltiples de bebés tanto durante el embarazo como después de este, se encuentran varios factores que pueden variar las características del



duelo experimentado por los padres, entre ellas, el método de concepción, la edad del hijo/a o la causa de la pérdida (Pector y Smith-Levitin, 2002).

Entre los síntomas más comunes cuando se producen pérdidas con estas características, se encuentran síntomas intensos de Trastorno por Estrés Postraumático (TEPT), distrés o depresión, incluso años después de las pérdidas (Mutabaruka *et al.*, 2011). Aunque también se encuentran otros síntomas como ansiedad, impotencia o culpa (Mingote *et al.*, 2001) y en víctimas del terrorismo con sintomatología de trastornos de conducta, irritabilidad, dependencia emocional excesiva, actitudes victimistas, pasividad, tendencia a la introversión, embotamiento afectivo y desconexión entre el relato del atentado y la vivencia emocional (García y Collado, 2007).

Las entrevistas que se han ido realizando con personas que han sufrido pérdidas múltiples indican que, en este tipo de pérdidas, el doliente sufre durante más tiempo y, además, con más probabilidad han interrumpido el duelo por no poder compaginarlo con continuar con su vida (Mercer y Evans, 2006).

En general, solemos realizar el duelo por una sola persona cada vez, incluso cuando se producen pérdidas múltiples. Según las personas entrevistadas en el estudio de Mercer y Evans (2006), se realiza el duelo de la persona más cercana, y si ambas pérdidas lo son, por el que sea más joven.

Las pérdidas múltiples afectan a la salud del individuo doliente, a su matrimonio, a la fe, a las finanzas, los trabajos, las emociones y las personalidades (Mercer y Evans, 2006). Para prevenir que se compliquen los duelos sin elaborar, y se vayan acumulando, sería importante la evaluación respecto a la necesidad de atención psicológica especializada, con el fin de que no se desarrollen duelos patológicos (Samper Lucena, 2011).

DUELO DESAUTORIZADO

El duelo desautorizado se da cuando la pérdida no es abiertamente conocida, no puede ser llorada públicamente o apoyada socialmente (Doka, 1989; en Baker *et al.*, 2019). Este tipo de duelo se identifica cuando el doliente no se da el permiso o siente presión por parte del entorno a «no estar en duelo», bien por el tipo de pérdida, bien por el tiempo que ha pasado desde entonces. Se produce un rechazo por parte del entorno del doliente a reconocer su dolor.

Existen situaciones concretas en las que se suele desautorizar el duelo, por ejemplo, cuando la relación entre el fallecido y el doliente era una relación extramarital, en el caso de un duelo perinatal (Lang *et al.* 2011), de la muerte de una mascota (Marton *et al.*, 2020), o incluso en familiares de personas en el corredor de la muerte (Jones y Beck, 2007). Sin embargo, también se pueden encontrar duelos desautorizados en otras circunstancias. Burns *et al.* (2018) hallaron que las personas sin hogar viven una respuesta de duelo caracterizada por el *shock*, la desesperanza o la ira y que, además, se encontraban con el estigma, y la dificultad para llorar sus pérdidas, pues su condición no se validaba o reconocía. Incluso los profesionales sanitarios o los cuidadores pueden sufrir sus propios duelos, ya que deben hacer frente a sus propias reacciones emocionales durante el acompañamiento emocional



de las personas al final de la vida (Crowe, 2017; Fernández-Alcántara, 2017; Tsui *et al.*, 2019), en pacientes que están viviendo un cáncer (Gabay, 2019) o que acaban de tener un trasplante (Gill y Lowes, 2014; Poole *et al.*, 2016). También se encuentran con la desautorización del duelo los familiares de personas muertas por homicidios (Piazza-Bonin *et al.*, 2015; Eagle, 2020), cuando ha fallecido una expareja (Tullis, 2017), con la muerte de un hijo con discapacidad (Todd, 2007) o incluso en situaciones como sufrir *burnout* en la empresa (Lathrop, 2017). Doka simplifica todos estos casos y expone que el duelo desautorizado ocurre en cuatro casos: (1) cuando la persona no es capaz de hacer el duelo, (2) cuando la relación con el fallecido no es reconocida o es estigmatizada, (3) cuando no hay rituales que ayuden a procesar el fallecimiento, (4) cuando la persona que sufre siente que no es digna para hacer el duelo (Doka, 1989; en Jones y Beck, 2007 y Helsel, 2008).

En el caso del duelo por muerte por la COVID-19, nos encontramos con que el fallecimiento de la persona querida se muestra como solamente una estadística, no dándole la importancia que se necesita (Wallace *et al.*, 2020). Además, dado que el gradiente de edad en la mortalidad por COVID-19 afecta principalmente a los ancianos o personas que padecen enfermedades crónicas (Kang *et al.*, 2020), la sociedad podría no reconocer la profundidad del dolor que sienten las familias en duelo (Goveas y Shear, 2020). Tampoco se autoriza esa pérdida, pues no se permite llevar a cabo ningún ritual para el fallecimiento (Zhai y Du, 2020; Albuquerque *et al.*, 2021). Además, pueden aparecer sentimientos de culpa, enfado, tristeza, pues se ha producido un contagio al que «nos hemos expuesto» y no se han seguido los mandatos o reglas que determinaban disminuir el contacto social (Wallace *et al.*, 2020).

La situación de la pandemia por la COVID-19 también nos ha dejado pérdidas no tangibles que podríamos concretar en tres áreas: la pérdida de la estabilidad económica, de la salud y de las relaciones sociales; siendo estas pérdidas la razón por la que el proceso de duelo se ve dificultado (Harris, 2019).

DUELO SOLITARIO

Se presenta cuando el doliente se encuentra en una situación con escaso apoyo social. Neimeyer (2002) señala que en algunas culturas los propios rituales religiosos promueven que los dolientes dispongan del apoyo social necesario, por ejemplo, los judíos tienen el shiva, que consiste en un periodo de siete días durante los cuales la familia, amigos y familiares están en casa ayudando a los dolientes a elaborar el duelo. Los católicos y protestantes también tienen sus propios rituales sociales compartidos. El grado de apoyo, tanto emocional como social, tanto por parte de familiares como por parte de otras personas, es significativo en el desarrollo del proceso de duelo. En cualquier tipo de situación que implique un aislamiento se produce un malestar generalizado, presentando estrés, irritabilidad, ansiedad, desánimo, frustración, enfado, aburrimiento, miedo, desesperanza (Gallegos *et al.*, 2020).

En la pandemia de la COVID-19 las medidas de distanciamiento social, aunque han sido sumamente importantes para reducir la propagación de enfermedades, han disminuido el apoyo social, cuya importancia es crítica para la gestión

de los síntomas psicológicos, y han producido aumento de la soledad en los dolientes (Armitage y Nellums 2020; Eisma *et al.*, 2021; Selma *et al.*, 2020; Neymeyer y Lee, 2021). De hecho, un factor de protección para dar significado a la experiencia de la COVID-19 y, por ende, para experimentar menos ansiedad durante la pandemia ha sido tener contacto social (Milman *et al.*, 2020). En otros estudios, se ha encontrado que el apoyo social es un factor protector ante el Trastorno Depresivo Mayor (TDM), el Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) o el duelo complicado (Prigerson, 2003).

Otro ejemplo de duelo solitario es el caso de fallecimiento de la pareja, en el que aparecen sentimientos muy intensos de soledad, y, aunque el apoyo social no influye en la soledad emocional, sí que ayuda con los síntomas depresivos (Houwen *et al.*, 2010). Fried *et al.* (2015) exponen que la mayoría de las mujeres viudas identifican la soledad como el mayor desafío en su día a día, siendo la soledad el factor de riesgo que más compromete la salud física y mental en adultos mayores.

DUELO ABIERTO

Se presenta cuando, a falta de ser integrada la pérdida, no se puede empezar la elaboración del duelo, sintiéndose como no real. Tras la pérdida de un ser querido se produce un estado de *shock* más o menos intenso, se altera el afecto, y hay una especie de anestesia emocional, y una paralización del intelecto. Las primeras reacciones del doliente son rechazo e incredulidad, en las que se produce una negación de la pérdida.

Existen situaciones concretas en las que los dolientes presentan este tipo de duelo, por ejemplo, en desapariciones como la de los estudiantes de Teloloapan (Johnson, 2018), las producidas en Colombia (Zorio, 2013) o aquellas en las que se producen raptos de familiares (Hoyos *et al.*, 2017). En este tipo de situaciones, coinciden varios factores que pueden provocar un duelo más doloroso, como, por ejemplo, que a raíz de la desaparición la familia haya tenido que pasar por múltiples ajustes (cambio de domicilio, de escuela, de trabajo...) (Hoyos *et al.*, 2017) y, además, la imposibilidad de procesar el fallecimiento y, por tanto, de realizar el duelo, por el mantenimiento de la esperanza por el regreso del ser querido con vida y la importancia de contar con el cuerpo para realizar el rito fúnebre (Johnson, 2018; Sáenz y Valencia, 2021).

La vergüenza puede dificultar poner en marcha estrategias de afrontamiento, y, como resultado, la persona responde escondiéndose o con hostilidad hacia el entorno. Estas dos tendencias pueden interferir en la recuperación de la pérdida, pues esconderse puede llevar a un comportamiento evitativo de las relaciones sociales, mientras que la hostilidad puede resultar en problemas en las relaciones interpersonales (LeBlanc *et al.*, 2019).

En el duelo por la COVID-19, dada la brevedad del lapso temporal entre el ingreso, o el conocimiento del contagio y la defunción, en muchos casos, no ha podido comenzar a elaborar la pérdida de forma anticipada (Sánchez, 2020).



DUELO SUSPENDIDO

Se identifica cuando el malestar es causado por asuntos pendientes con el fallecido. Un componente importante de los tratamientos eficaces para el duelo complicado es reducir la evitación de los recuerdos sobre la pérdida, aunque también se encuentra que la reducción de la culpa o la vergüenza, de los pensamientos negativos sobre el futuro son importantes mediadores de la eficacia del trabajo en grupo en duelo complicado (Glickman *et al.*, 2017). Además, los pensamientos desadaptativos tendrían un peso importante en la resolución del duelo (Skritskaya *et al.*, 2020).

Nevado y González (2017) señalan que para despedirse del ser querido es necesario aclarar sentimientos, emociones, dudas y rehacer la vida sin él, pudiendo vivir con los recuerdos, tanto los positivos como los negativos. Para esto es fundamental el manejo simbólico; sin embargo, no siempre es posible. Según Field y Horowitz (1998), uno de los factores que dificultan el duelo es la falta de conclusión de situaciones con el fallecido.

DUELO COLECTIVO

Se identifica cuando más de un miembro de la red de apoyo está atravesando la pérdida con las mismas herramientas, demostrándose ineficaces o escasas para sostener todo el sistema. Es el caso, por ejemplo, de muertes en atentados, desastres naturales o epidemias, en los cuales la experiencia y sufrimiento del «yo» es sustituida por la del «nosotros» y con frecuencia el rito de despedida propio se solapa con homenajes colectivos (Sánchez, 2020). Otro de los ejemplos son los supervivientes de genocidios como el sucedido en Ruanda en el año 1994, los de la guerra de Vietnam (Schaal *et al.*, 2009), víctimas del Holocausto nazi (Gerson, 2009; Skillington, 2013) o incluso la situación de pandemia con la COVID-19 (Wallace *et al.*, 2020).

Especialmente en situaciones colectivas en las que ha habido una muerte violenta, como en el caso de las guerras, se presentan síntomas de intenso distrés, pérdida de la confianza, de seguridad y de control. Además, se cree que, si tras una muerte traumática hay que lidiar con el estrés postraumático, esto puede interferir con el proceso de duelo (Schaal *et al.*, 2009).

En cuanto a la situación de la COVID-19, contamos con que los familiares no se pueden preparar ante la muerte de un ser querido, ni pueden decir ‘adiós’ o sentir el apoyo social que hubieran podido tener sin la situación de pandemia (Wallace *et al.*, 2020). Además, algo a destacar es que la acumulación excesiva y colectiva de muertes podría negar el reconocimiento del duelo de cada individuo (Kokou-Kpolou *et al.*, 2020).



Tiene lugar cuando la pérdida se presenta como un evento que no se ha podido cerrar con un ritual o con una despedida. En los funerales se dan conductas de valoración, entrega y reconocimiento, lo que facilita que los dolientes elaboren estrategias para afrontar el duelo. Así mismo, se fomenta la elaboración individual, la unión familiar, el recuerdo y la despedida, lo cual facilita la readaptación del sistema a una vida sin el fallecido. El final del duelo a nivel familiar se consigue cuando el sistema incorpora a su nueva realidad a la persona fallecida, pasando a formar parte de la identidad de cada miembro, por tanto, un duelo sin este tipo de rituales dificultará que el sistema vuelva a recuperar la homeostasis (Rivas *et al.*, 2010).

En los países más afectados por la pandemia de la COVID-19, las ceremonias fúnebres estuvieron prohibidas o tuvieron que ser aplazadas (Lazzerini y Putoto, 2020). Además, en caso de que se pudieran llevar a cabo, quedaron restringidas a un máximo de diez personas y muchas familias y parientes cercanos no tuvieron la posibilidad de expresar su dolor y despedirse (Zhai y Du, 2020). En el trabajo de Moriconi *et al.* (2021), se expone que los duelos predominantes durante el periodo de la pandemia fueron el duelo traumático y el duelo sin rituales. Específicamente este último se relaciona con mayores porcentajes de duelos complicados (Lacasta *et al.*, 2020)

Otros ejemplos de procesos de duelos sin rituales son los genocidios, como el de Ruanda, en el que no se puede enterrar a los fallecidos o no se encuentran los cuerpos (Schaal *et al.*, 2009) o las desapariciones que siguen sin resolverse (Johnson, 2018).

DUELO QUE ACTIVA OTRAS PÉRDIDAS

Se identifica cuando la pérdida actual vuelve a activar emociones y sensaciones de pérdidas anteriores que no han podido ser elaboradas en profundidad. Es evidente que algunas pérdidas se viven como más significativas que otras y todas conllevan dolor y sufrimiento, siendo necesario un tiempo de recuperación y readaptación, o como señala Neimeyer (2002) una reconstrucción de los propios significados que han sido cuestionados por la pérdida. Para ello, cada persona debe encontrar sus propios recursos personales, ya que no existe un patrón definido (Chaurand *et al.*, 2010).

Los dolientes suman un nuevo duelo que ha quedado incompleto o no ha sido mentalizado. Algunos autores también lo relacionan con el duelo redoblado, en el que el doliente se hace cargo del propio duelo y también del de alguien próximo, como sus familiares cercanos que también han experimentado la misma pérdida (Khan y Watson, 2005). Cada pérdida despierta el dolor de otras pérdidas precedentes, pero también puede despertar las herramientas que hemos ido construyendo para afrontarlas (Moriconi y Valero, 2020).



OTRAS MEDIDAS

TIPOS DE FAMILIARES QUE BUSCARON AYUDA PROFESIONAL

Tras la revisión de los artículos seleccionados, encontramos que en la mayoría de los casos, son los familiares cercanos de los dolientes los que buscan ayuda profesional. En cuanto al género, pocos son los estudios que incluyen un análisis del género de los dolientes.

En casos de fallecimiento prenatal múltiple, la familia busca ayuda profesional para guiarse en el proceso (Pector y Smith-Levitin, 2002). Los supervivientes de contagios por VIH muestran mucha culpa, ansiedad y desesperanza que puede dificultar su proceso de duelo. Por ello, se va dando cada vez más importancia a que estas personas busquen apoyo psicológico para procesar el fallecimiento de personas allegadas con la misma enfermedad (Bigelow y Hollinger, 1996). Algo parecido ocurre con los supervivientes del genocidio de Ruanda que perdieron algún familiar durante lo sucedido, quienes presentan síntomas de estrés postraumático y depresión 12 años más tarde (Mutabaruka *et al.*, 2011).

En cuanto al género, en el estudio de Moriconi, Juárez y Cantero (2021) encontraron que los perfiles más habituales que solicitaban ayuda eran hijas y mujeres de fallecidos, seguidas de hijos, hermanas y maridos de los dolientes, es decir, un porcentaje más alto de mujeres que solicitaban ayuda respecto a los hombres. En este mismo trabajo, también se ha encontrado una relación entre el duelo abierto y el sexo del doliente, específicamente, las mujeres muestran una mayor dificultad para elaborar la muerte y mayor percepción de asuntos pendientes con la persona fallecida.

En el estudio de Jácome (2015), se observa que, ante una muerte perinatal, las mujeres se muestran más sensibles que los hombres al hablar sobre lo ocurrido, expresando con más facilidad las emociones que sienten, entre ellas la culpa. También se encuentran estos resultados en la investigación de Sotomayor (2018), en el que estudiaba el duelo anticipatorio de pacientes oncológicos en una muestra peruana.

INSTRUMENTOS PARA EVALUAR EL DUELO

Específicamente por la situación de la pandemia por COVID-19, se ha creado The Pandemic Grief Scale (PGS), un cuestionario de 5 ítems que tiene como objetivo poder identificar posibles casos de duelo disfuncional durante la pandemia, el cual ha mostrado su utilidad en estos casos (Lee *et al.*, 2021). Otro de los cuestionarios utilizados fue el Work and Social Adjustment Scale (WSAS) en el estudio de duelo por COVID-19 de Neymeyer y Lee (2021), mientras que en Milman *et al.* (2020) utilizaron el llamado The Integration of Stressful Life Experiences Scale-Short Form, que pretendía evaluar el significado que le habían dado los participantes a la experiencia de la pandemia de la COVID-19. En concreto para medir ansiedad relativa a la situación de pandemia, se ha creado The Coronavirus Anxiety Scale (CAS) (Milman *et al.*, 2020).



En la investigación de Tang y Chow (2017), utilizaron el Inventory of Complicated Grief (ICG), que también fue empleado en Brown *et al.* (2014), pero adaptado a población infantojuvenil.

Otros instrumentos relacionados con el estado de ánimo como el Geriatric Depression Scale (GDS) o el Hospital Anxiety and Depression Scale-Anxiety Subscale (HADS) fueron utilizados en Tang y Chow (2017). También en Milman *et al.* (2020) se valieron de The Personal Health Questionnaire-4 (PHQ-4) para evaluar depresión y ansiedad generalizada para evaluar la experiencia de COVID en una muestra. En la investigación de Fried *et al.* (2015) emplearon The 11-item version of the Center for Epidemiologic Studies Depression Scale (CES-D) para medir la frecuencia con la que los pacientes experimentaban determinados síntomas depresivos. The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.) es otro instrumento para medir Depresión Mayor (Schaal *et al.*, 2009).

En cuanto al trauma sufrido, Mutabaruka *et al.* (2012) emplearon The Comprehensive Trauma Inventory (CTI), que incluye diversos tipos de trauma, como, por ejemplo, sufrir violencia sexual o ser testigo de un asesinato o The Peritraumatic Distress Inventory, que evalúa el grado de distrés experimentado durante el trauma.

También encontramos instrumentos de evaluación de duelos muy concretos, como puede ser el duelo perinatal en el estudio de Krosch y Shakespeare-Finch (2016), en el que se utilizó The Perinatal Grief Scale (PGS) y The Impact of Events Scale-Revised (IES-R).

MODALIDAD DE INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA

En general observamos que la mayoría de las intervenciones empleadas en los estudios utilizan la terapia grupal para tratar la sintomatología del duelo, aunque también encontramos otras terapias como el Counselling o la llamada 'Integración positiva'. Las demás intervenciones se describen con mucha generalidad, sin especificar la base teórica que las sustenta o la duración de las mismas.

Específicamente en el duelo traumático, encontramos que algunas de las intervenciones utilizadas han sido SUDEP Action para personas que habían perdido a un ser querido con epilepsia, consistente en ofrecer un apoyo para el duelo llevado a cabo por un especialista (Cowdry y Stirling, 2020). En el estudio de Dyregrov *et al.* (2015), encontraron que el tratamiento de elección para niños en situación de duelo múltiple y traumático era el tratamiento grupal, pues este permitía el desarrollo del sentimiento de pertenencia y acompañamiento al haber padecido todos la misma situación, aunque también recomiendan que se añadan, si hay recursos, sesiones individuales en las que el niño pueda procesar las características específicas de su propio duelo. Lo mismo ocurre con la investigación de Krosch y Shakespeare-Finch (2016), quienes evalúan el duelo perinatal y cuya muestra procede de un grupo de apoyo. Por otro lado, Dooley *et al.* (2019) evalúan The Tragedy Assistance Program for Survivors (TAPS), cuyas fases son la estabilización del doliente, el desarrollo de esperanza y de nuevos roles y, por último, lo que llaman 'Integración positiva', que consiste en la integración positiva de la pérdida en la vida de la persona



y en dar significado al fallecimiento; cuyos resultados han mostrado efectividad en facilitar la recuperación. Por último, Velazquez (2020) recomienda tomar aspectos del tratamiento para el Trastorno de Estrés Postraumático, junto con estrategias cognitivo-conductuales y técnicas narrativas.

En concreto para el duelo desautorizado, durante la pandemia de la COVID-19 se utilizó la Advance Care Planning (ACP), que incluye respetar las decisiones del fallecido; las respectivas a la comunicación, que aborda la guía de la familia y grupos de apoyo; teleguía, que incluiría algunos recursos como tips para comunicarse, manejo de síntomas...; y autocuidado, que se refiere a aquellas técnicas para disminuir estrés y para entender e identificar estrés postraumático (Wallace *et al.*, 2020). Zhai y Du (2020) dan mucha importancia a reconocer la unicidad de cada individuo en su proceso de duelo para adaptarse a la pérdida y la mejora en el bienestar. En Marton *et al.* (2019), quienes investigan el duelo desautorizado de trabajadores que cuidan de animales, exploran la utilidad de utilizar grupos de apoyo para este tipo de pérdidas. En Tsui *et al.* (2018), la búsqueda de conexión emocional y de lazos con el paciente fallecido suponen un apoyo para superar el duelo. Crowe (2017) señala la importancia de una guía para curarse del conflicto, la culpa, la tristeza y el aislamiento en las unidades pediátricas. En otro estudio, esta vez de Gabay (2019), técnicas en solución de problemas para preservar el trabajo y la rutina y técnicas para regularse emocionalmente resultaron de mucha ayuda para realizar un proceso de duelo por cáncer.

En duelo solitario, algunos autores hablan de la importancia de realizar grupos de apoyo para el duelo, como en Grinyer (2012) con padres que habían perdido a un hijo por cáncer, por el que se podía ayudar a disminuir la soledad experimentada, gracias al reconocimiento y validación de la experiencia como «normal» por otras personas que han sufrido lo mismo. Algo parecido ocurre en duelo múltiple, como en la investigación de Bigelow y Hollinger (2017), quienes estudian el duelo producido por enfermedades como el VIH y también en Glickman *et al.* (2017) con duelo «complicado». En otros estudios como el de Pector y Smith-Levitin (2002), emplean el Counselling con padres que han padecido una pérdida múltiple perinatal.

CONCLUSIONES

Como se puede comprobar a través de los objetivos planteados, tanto los familiares que buscaron ayuda como los instrumentos de evaluación del duelo y la modalidad de intervención empleada son diferentes en función de las características del duelo que estén presentando las personas evaluadas. Por tanto, podemos decir que a través de la revisión de diferentes investigaciones, se ha podido comprobar que existen diversos tipos de duelo con características, sintomatología y población afectada bien diferenciada.

Las limitaciones que encontramos en esta investigación son que en la mayor parte de los estudios analizados los tratamientos psicológicos planteados para tratar el duelo de los dolientes son generales, poco específicos, dispersos y no se encuentra la base teórica que los sustenta. Además, la diferencia en cuanto a la metodología



utilizada y la descripción del duelo experimentado por los dolientes en los artículos ha impedido la realización de una revisión sistemática.

Los profesionales de la salud mental que tienen contacto con personas que han tenido o tienen pérdidas deben entender la complejidad del fenómeno del proceso de duelo y de las características de los tipos de duelo que podemos encontrar, para así poder orientar sus intervenciones de la forma que mejor se adapte al caso en concreto. De cara a futuras investigaciones, consideramos que sería importante estructurar una intervención específica que haga hincapié en los factores comunes de los dolientes, pero también en las características más específicas y concretas del duelo que están experimentando (el tipo de muerte, si se han realizado rituales, si se han producido varias pérdidas consecutivas, etc.).

RECIBIDO: 10/10/2022; ACEPTADO: 10/11/2022



REFERENCIAS

- ALBUQUERQUE, S., TEIXEIRA, A.M. y ROCHA, J.C. (2021). «COVID-19 and Disenfranchised Grief». *Frontiers in psychiatry*, 12: 638874. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.638874>.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: APA.
- ARMITAGE, R. y NELLUMS, B. (2020). «COVID-19 and the consequences of isolating the elderly». *The Lancet Public Health*, 5(5), E256. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30061-X](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30061-X).
- BAMBA, B.M., GÓMEZ, R.A. y BELTRÁN, M.O. (2017). «El duelo y la pérdida en la familia. Revisión desde una perspectiva relacional». *Revista REDES*, (36), 11-24. <http://www.redesdigital.com.mx/index.php/redes/article/view/196>.
- BARRETO, P. y SOLER, M.C. (2007). *Muerte y duelo*. Síntesis.
- BIGELOW, G. y HOLLINGER, J. (1996) «Grief and AIDS: Surviving Catastrophic Multiple Loss». *The Hospice Journal*, 11:4, 83-96. <https://doi.org/10.1080/0742-969X.1996.11882837>.
- BREEN, L.J., LEE, S.A. y NEIMEYER, R.A. (2021). «Psychological risk factors of functional impairment following COVID-19 deaths». *Journal of Pain and Symptom Management*, 61(4): e1-e4. <https://doi.org/10.1016/j.painsymman.2021.01.006>.
- BREEN, L.J., MANCINI, V.O., LEE, S.A. y NEIMEYER, R.A. (2021). «Risk factors for dysfunctional grief and functional impairment for all causes of death during the COVID-19 pandemic: The mediating role of meaning». *Death Studies*, 46, 43-52. <https://doi.org/10.1080/07481187.2021.1974666>.
- BROWN, E.J. y GOODMAN, R.F. (2005). «Childhood traumatic grief: An exploration of the construct in children bereaved on September 11». *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34(2), 248-259. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3402_4.
- BURNS, V.F., SUSSMAN, T. y BOURGEOIS-GUÉRIN, V. (2018). «Later-Life Homelessness as Disenfranchised Grief». *Canadian journal on aging / La revue canadienne du vieillissement*, 37(2), 171-184. <https://doi.org/10.1017/S0714980818000090>.
- CHAURAND, A., FEIXAS I VIAPLANA, G. y NEIMEYER, R. A. (2010). «El inventario de Historia de Pérdidas (IHP): presentación y utilidad clínica». *Revista de Psicoterapia*, 84, 95-101. <http://hdl.handle.net/2445/65387>.
- COWDRY, T. y STIRLING, J. (2019). «Learnings from supporting traumatic grief in the aftermath of sudden epilepsy deaths». *Epilepsy & behavior: E&B*, 103, 106416. <https://doi.org/10.1016/j.yebeh.2019.07.017>.
- CROWE S. (2017). «Disenfranchised Grief in the PICU: Crying for Attention». *Pediatric critical care medicine: a journal of the Society of Critical Care Medicine and the World Federation of Pediatric Intensive and Critical Care Societies*, 18(8), e367-e369. <https://doi.org/10.1097/PCC.0000000000001224>.
- CUADRADO I SALIDO, D. (2010). «Las cinco etapas del cambio». *Capital humano*, 241, 54-58. https://factorhumano.org/attachments_secure/article/420/c303_cincoetapas.pdf.
- DICCIONARIO DE LA LENGUA ESPAÑOLA (20 de diciembre de 2021). *Muerte*. Real Academia Española. <https://dle.rae.es>.
- DICKENS, N. (2014). «Prevalence of complicated grief and posttraumatic stress disorder in children and adolescents following sibling death». *The Family Journal*, 22(1), 119-126. <https://doi.org/10.1177/1066480713505066>.



- DYREGROV, A., SALLOUM, A., KRISTENSEN, P. y DYREGROV, K. (2015). «Grief and Traumatic Grief in Children in the Context of Mass Trauma». *Current psychiatry reports*, 17(6), 1-8. <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0577-x>.
- EAGLE, M.W. (2020). *Homicidal loss and disenfranchised grief, mothers of murdered descendants: an exploratory qualitative study*. Pepperdine University.
- ECHEBURUA E., CORRAL P. y AMOR P.J. (2012). *La resistencia humana ante los traumas y el duelo*. Academia. <https://issuu.com/sovpal/docs/16-la-resistencia-humana>.
- EISMA, M.C. y TAMMINGA, A. (2020). «Grief before and during the COVID-19 pandemic: Multiple group comparisons». *Journal of pain and symptom management*, 60(6), e1-e4. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.10.004>.
- EISMA, M.C., TAMMINGA, A., SMID, G.E. y BOELEN, P.A. (2021). «Acute grief after deaths due to COVID-19, natural causes and unnatural causes: an empirical comparison». *Journal of affective disorders*, 278, 54-56. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.09.049>.
- ELOISA, A.H., RAMÍREZ, D.O., RAMÍREZ, D.J.R., LEÓN, L.S., BEZANILLA, J.M. y CAMPOS, J.E. (2011). «El adulto mayor ante la muerte: análisis del discurso en el Estado de México». *Revista de psicología GEPU*, 2(1), 64-78. <https://fddocuments.es/document/el-adulto-mayor-ante-la-muerte-analisis-del-discurso-en-el-estado-de-mexico.html>.
- FERNÁNDEZ-ALCÁNTARA, M. y ZECH, E. (2017). «One or multiple complicated grief (s)? The role of kinship on grief reactions». *Clinical Psychological Science*, 5(5), 851-857. <https://doi.org/10.1177/2167702617707291>.
- FIELD, N.P. y HOROWITZ, M.J. (1998). «Applying an empty-chair monologue paradigm to examine unresolved grief». *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, 61(4), 279-287. <https://doi.org/10.1080/00332747.1998.11024840>.
- FRIED, E.I., BOCKTING, C., ARJADI, R., BORSBOOM, D., AMSHOFF, M., CRAMER, A., EPSKAMP, S., TUERLINCKX, F., CARR, D. y STROEBE, M. (2015). «From loss to loneliness: The relationship between bereavement and depressive symptoms». *Journal of abnormal psychology*, 124(2), 256-265. <https://doi.org/10.1037/abn0000028>.
- GABAY G. (2021). «A Nonheroic Cancer Narrative: Body Deterioration, Grief, Disenfranchised Grief, and Growth». *Omega*, 83(2), 287-309. <https://doi.org/10.1177/0030222819852836>.
- GALLEGOS, M., ZALAQUETT, C., LUNA SANCHEZ, S.E., MAZO-ZEA, R., ORTIZ-TORRES, B., PENAGOS-CORZO, J. y LOPES MIRANDA, R. (2020). «Cómo afrontar la pandemia del Coronavirus (Covid-19) en las Américas: recomendaciones y líneas de acción sobre salud mental». *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 54 (1), 1-29. <http://hdl.handle.net/2133/18298>.
- GARCÍA, J.J.M. y COLLADO, E.N. (2007). «El daño psicológico en las víctimas del terrorismo». *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 7(1), 147-160. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2553076>.
- GARCÍA-VINIEGRAS, C.R.V., GRAU ABALO, J.A. y PEDREIRA, I. (2014). «Duelo y proceso salud-enfermedad en la Atención Primaria de Salud como escenario para su atención». *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 30(1), 121-131. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252014000100012.
- GERSON, S. (2009). «When the third is dead: Memory, mourning, and witnessing in the aftermath of the Holocaust». *The International Journal of Psychoanalysis*, 90(6), 1341-1357. <https://doi.org/10.1111/j.1745-8315.2009.00214.x>.





- GESI, C., CARMASSI, C., CERVERI, G., CARPITA, B., CREMONE, I.M. y DELL'OSSO, L. (2020). «Complicated grief: what to expect after the coronavirus pandemic». *Frontiers in psychiatry*, 11, 489-495. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00489>.
- GILL, P. y LOWES, L. (2014). «Renal transplant failure and disenfranchised grief: participants' experiences in the first-year post-graft failure a qualitative longitudinal study». *International journal of nursing studies*, 51(9), 1271-1280. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.01.012>.
- GLICKMAN, K., SHEAR, M.K. y WALL, M.M. (2017). «Mediators of outcome in complicated grief treatment». *Journal of clinical psychology*, 73(7), 817-828. <https://doi.org/10.1002/jclp.22384>.
- GOVEAS, J.S. y SHEAR, M.K. (2020). «Grief and the COVID-19 pandemic in older adults». *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 28(10), 1119-1125. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2020.06.021>.
- HARRIS, D.L. (ed.) (2019). *Non-death loss and grief: Context and clinical implications*. Routledge.
- HELSEL P.B. (2008). «In memoriam: the disenfranchised grief of chaplains and the recovery of memory». *The journal of pastoral care & counseling: JPCC*, 62(4), 337-342. <https://doi.org/10.1177/154230500806200403>.
- HOUWEN, K.V.D., STROEBE, M., STROEBE, W., SCHUT, H., BOUT, J.V.D. y MEIJ, L.W.D. (2010). «Risk factors for bereavement outcome: A multivariate approach». *Death studies*, 34(3), 195-220. <https://doi.org/10.1080/07481180903559196>.
- HOYOS, L.M.O., MENDOZA, M.P.R. y GRYNBERG, B.B. (2017). «Las particularidades del duelo en los niños, ante la desaparición de un ser querido». *Revista Chilena de Psicoanálisis*, 33(1), 1-156. <http://www.bivipsi.org/wp-content/uploads/Revista-APCH-33-2017-1-10.pdf>.
- JACOBS, S., MAZURE, C. y PRIGERSON, H. (2000). *Diagnostic criteria for traumatic grief*, *Death Studies*, 24:3, 185-199. <https://doi.org/10.1080/074811800200531>.
- JOHNSON, A.W. (2018). «La labor afectiva del duelo: ofrendas, pérdidas y desapariciones en Guerrero». *Investigación teatral: Revista de artes escénicas y performatividad*, 91(13), 103-123. <https://doi.org/10.25009/it.v9i13.2557>.
- JONES, S.J. y BECK, E. (2007). «Disenfranchised grief and nonfinite loss as experienced by the families of death row inmates». *Omega*, 54(4), 281-299. <https://doi.org/10.2190/a327-66k6-p362-6988>.
- KANG, C., YANG, S., YUAN, J., XU, L., ZHAO, X. y YANG, J. (2020). «Patients with chronic illness urgently need integrated physical and psychological care during the COVID-19 outbreak». *Asian Journal of Psychiatry*, 51, 102081. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2020.102081>.
- KHAN, S. y WATSON, J.C. (2005). «The Canadian immigration experiences of Pakistani women: Dreams confront reality». *Counselling Psychology Quarterly*, 18(4), 307-317. <https://doi.org/10.1080/09515070500386026>.
- KOKOU-KPOLOU, C.K., FERNÁNDEZ-ALCÁNTARA, M. y CÉNAT, J.M. (2020). «Prolonged grief related to COVID-19 deaths: Do we have to fear a steep rise in traumatic and disenfranchised griefs?». *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 12(S1), S94. <https://doi.org/10.1037/tra0000798>.
- KROSCH, D.J. y SHAKESPEARE-FINCH, J. (2016). «Grief, traumatic stress, and posttraumatic growth in women who have experienced pregnancy loss». *Psychological trauma: theory, research, practice and policy*, 9(4), 425-433. <https://doi.org/10.1037/tra0000183>.
- LACASTA, M.A., TORRIJOS, M., LÓPEZ, Y., CARRACEDO, D., PÉREZ, T., CASADO, C., ROCAMORA, C., BLANCO, L., IGLESIAS, N., VIDAL, E., TRIGO, D. y MARTÍ, J. (2020). «Impacto emocional en pacientes y familiares durante la pandemia por COVID-19: Un duelo diferente». *Medicina paliativa*, 27(3), 201-208. <https://doi.org/10.20986/medpal.2020.1188/2020>.

- LANG, A., FLEISZER, A.R., DUHAMEL, F., SWORD, W., GILBERT, K.R. y CORSINI-MUNT, S. (2011). «Perinatal loss and parental grief: the challenge of ambiguity and disenfranchised grief». *Omega*, 63(2), 183-196. <https://doi.org/10.2190/OM.63.2.e>.
- LATHROP D. (2017). «Disenfranchised Grief and Physician Burnout». *Annals of family medicine*, 15(4), 375-378. <https://doi.org/10.1370/afm.2074>.
- LAZZERINI, M. y PUTOTO, G. (2020). «COVID-19 in Italy: momentous decisions and many uncertainties». *The Lancet Global Health*, 8(5), e641-e642. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(20\)30110-8](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(20)30110-8).
- LEBLANC, N.J., TONER, E.R., O'DAY, E.B., MOORE, C.W., MARQUES, L., ROBINAUGH, D.J. y McNALLY, R.J. (2020). «Shame, guilt, and pride after loss: Exploring the relationship between moral emotions and psychopathology in bereaved adults». *Journal of affective disorders*, 263, 405-412. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.11.164>.
- LEE, S.A., NEIMEYER, R.A. y BREEN, L.J. (2021). «The utility of the Pandemic Grief Scale in identifying functional impairment from COVID-19 bereavement». *Journal of Palliative Medicine*, 24(12). <https://doi.org/10.1089/jpm.2021.0103>.
- LENFERINK, L., VAN DENDEREN, M.Y., de KEIJSER, J., WESSEL, I. y BOELEN, P.A. (2017). «Prolonged grief and post-traumatic stress among relatives of missing persons and homicidally bereaved individuals: A comparative study». *Journal of affective disorders*, 209, 1-2. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.11.012>.
- LUNDORFF, M., HOLMGREN, H., ZACHARIAE, R., FARVER-VESTERGAARD, I. y O'CONNOR, M. (2017). «Prevalence of prolonged grief disorder in adult bereavement: A systematic review and meta-analysis». *Journal of Affective Disorders*, 212, 138-149. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.01.030>.
- MACIEJEWSKI, P.K., MAERCKER, A., BOELEN, P.A. y PRIGERSON, H.G. (2016). «“Prolonged grief disorder” and “persistent complex bereavement disorder”, but not “complicated grief”, are one and the same diagnostic entity: An analysis of data from the Yale Bereavement Study». *World Psychiatry*, 15, 266-275. <https://doi.org/10.1002/wps.20348>.
- MARTON, B., KILBANE, T. y NELSON-BECKER, H. (2020). «Exploring the loss and disenfranchised grief of animal care workers». *Death studies*, 44(1), 31-41. <https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1519610>.
- MASIERO, M., MAZZOCCO, K., HARNOIS, C., CROPLEY, M. y PRAVETTONI, G. (2020). «From individual to social trauma: Sources of everyday trauma in Italy, the US and UK during the COVID-19 pandemic». *Journal of Trauma & Dissociation*, 21(5), 513-519. <https://doi.org/10.1080/15299732.2020.1787296>.
- MENZIES, R.E. y MENZIES, R.G. (2020). «Death anxiety in the time of COVID-19: Theoretical explanations and clinical implications». *The Cognitive Behaviour Therapist*, 13, E19. <https://doi.org/10.1017/S1754470X20000215>.
- MERCER, D.L. y EVANS, J.M. (2006). «The impact of multiple losses on the grieving process: An exploratory study». *Journal of Loss and Trauma*, 11(3), 219-227. <https://doi.org/10.1080/15325020500494178>.
- MILMAN, E., LEE, S.A. y NEIMEYER, R.A. (2020). «Social isolation and the mitigation of coronavirus anxiety: The mediating role of meaning». *Death Studies*, 46, 1-13. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1775362>.



- MINGOTE, J.C., MACHÓN, B., ISLA, I., PERRIS, A. y NIETO, I. (2001). «Tratamiento integrado del trastorno de estrés postraumático». *Aperturas psicoanalíticas*, 8. <http://www.aperturas.org/articulo.php?articulo=0000161>.
- MORICONI, V., JUÁREZ, A. y CANTERO, M. (2021). «Duelo por COVID-19, estudio para una intervención específica», en Molero, M.M., Barragán, A.B., Martos, A. y Simón, M.M. (ed.), *Intervención en contextos clínicos y de la salud: un enfoque práctico desde la investigación* (pp. 267-277). Dykinson, S.L.
- MUTABARUKA, J., SÉJOURNÉ, N., BUI, E., BIRMES, P. y CHABROL, H. (2011). «Traumatic grief and traumatic stress in survivors 12 years after the genocide in Rwanda». *Stress and health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 28(4), 289-296. <https://doi.org/10.1002/smi.1429>.
- NAKAJIMA, S., ITO, M., SHIRAI, A. y KONISHI, T. (2012). «Complicated grief in those bereaved by violent death: the effects of post-traumatic stress disorder on complicated grief». *Dialogues in clinical neuroscience*, 14(2), 210-214. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2012.14.2/snakajima>.
- NEIMEYER, R.A. (2002). *Aprender de la pérdida. Una guía para afrontar el duelo*. Paidós.
- NEIMEYER, R.A. y LEE, S.A. (2021). «Circumstances of the death and associated risk factors for severity and impairment of COVID-19 grief». *Death studies*, 46, 34-42. <https://doi.org/10.1080/07481187.2021.1896459>.
- NEVADO, M. y GONZÁLEZ J. (2020). *El duelo: Crecer en la pérdida*. RBA libros S.A.
- PARKES, C.M. (1972). *Bereavement: studies of grief in adult life*. International Universities Press.
- PARRO-JIMÉNEZ, E., MORÁN, N., GESTEIRA, C., SANZ, J. y GARCÍA-VERA, M.P. (2021). «Duelo complicado: Una revisión sistemática de la prevalencia, diagnóstico, factores de riesgo y de protección en población adulta de España». *Anales de Psicología/Annals of Psychology*, 37(2), 189-201. <https://doi.org/10.6018/analesps.443271>.
- PECTOR, E.A. y SMITH-LEVITIN, M. (2002). «Mourning and psychological issues in multiple birth loss». *Seminars in neonatology: SN*, 7(3), 247-256. <https://doi.org/10.1053/siny.2002.0112>.
- PIAZZA-BONIN, E., NEIMEYER, R.A., BURKE, L.A., MCDEVITT-MURPHY, M.E. y YOUNG, A. (2015). «Disenfranchised grief following African American Homicide loss: an inductive case study». *Omega*, 70(4), 404-427. <https://doi.org/10.1177/0030222815573727>.
- POOLE, J., WARD, J., DELUCA, E., SHILDRICK, M., ABBEY, S., MAUTHNER, O. y ROSS, H. (2016). «Grief and loss for patients before and after heart transplant». *Heart & lung: the journal of critical care*, 45(3), 193-198. <https://doi.org/10.1016/j.hrtlng.2016.01.006>.
- PRIGERSON, H.G., BRIDGE, J., MACIEJEWSKI, P.K., BEERY, L.C., ROSENHECK, R.A., JACOBS, S.C., BIERHALS, A.J., KUPFER, D.J. y BRENT, D.A. (1999). «Influence of traumatic grief on suicidal ideation among young adults». *The American journal of psychiatry*, 156(12), 1994-1995. <https://doi.org/10.1176/ajp.156.12.1994>.
- PRIGERSON, H.G. (2003). «Costs to society of family caregiving for patients with end-stage Alzheimer's disease». *New England Journal of Medicine*, 349(20), 1891-1892. <https://doi.org/10.1056/NEJMp038157>.
- PRIGERSON, H., VANDERWERKER L.C. y MACIEJEWSKI P.K. (2008). «A case for inclusion for Grief Prolonged in DSM-V», en Stroebe M, Hansson R, Schut H, Wolfgang H (ed.). *Handbook of bereavement research and practice: 21st Century Perspectives*. American Psychological Association; pp. 165-186.

- PRIGERSON, H.G., HOROWITZ, M.J., JACOBS, S.C., PARKES, C.M., ASLAN, M., GOOD-KIN, K., RAPHAEL, B., MARWIT, S.J., WORTMAN, C., NEIMEYER, R.A., BONANNO, G., BLOCK, S.D., KISSANE, D., BOELEN, P., MAERCKER, A., LITZ, B.T., JOHNSON, J.G., FIRST, M.B. y MACIEJEWSKI, P.K. (2009). «Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11». *PLoS medicine*, 6(8). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000121>.
- ROMERO, V. (2013). «Tratamiento del duelo: exploración y perspectivas». *Psicooncología*, 10(2-3), 377-392. https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2013.v10.n2-3.43456.
- RIVAS, R. (2010). «Duelo y rituales terapéuticos desde la óptica sistémica». *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 11(4). <http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/18613>.
- SAMPER LUCENA, E. (2011). «Adaptación psicométrica del inventario de Texas revisado de duelo (ITRD) en población militar española joven adulta». *Sanidad militar*, 67(3), 291-298. <https://dx.doi.org/10.4321/S1887-85712011000400006>.
- SÁENZ, L.C.R. y VALENCIA, J.S.G. (2021). «Elaboración del duelo en familiares de las víctimas de desaparición forzada en el departamento del Caquetá». *Inclusión y Desarrollo*, 8(1), 117-130. <https://doi.org/10.26620/uniminuto.inclusion.8.1.2021.117-130>.
- SÁNCHEZ, T.S. (2020). «Duelo silente y furtivo: dificultad para elaborar las muertes por pandemia de COVID-19». *Studia Zamorensia*, (19), 43-65. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7718179>.
- SELMAN, L.E., CHAO, D., SOWDEN, R., MARSHALL, S., CHAMBERLAIN, C. y KOFFMAN, J. (2020). «Bereavement support on the frontline of COVID-19: recommendations for hospital clinicians». *Journal of pain and symptom management*, 60(2), e81-e86. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.024>.
- SCHAAL, S., ELBERT, T. y NEUNER, F. (2009). «Prolonged grief disorder and depression in widows due to the Rwandan genocide». *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 59(3), 203-219. <https://doi.org/10.2190/OM.59.3.b>.
- SHEAR, M.K., SIMON, N., WALL, M., ZISOOK, S., NEIMEYER, R., DUAN, N., REYNOLDS, C., LEBOWITZ, B., SUNG, S., GHESQUIERE, A., GORSACK, B., CLAYTON, P., ITO, M., NAKAJIMA, S., KONISHI, T., MELHEM, N., MEERT, K., SCHIFF, M., O'CONNOR, M.F., FIRST, M., SAREEN, J., BOLTON, J., SKRITSKAYA, N., MANCINI, A. y KESHAVIAH, A. (2011). «Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5». *Depression and anxiety*, 28(2), 103-117. <https://doi.org/10.1002/da.20780>.
- SKILLINGTON, T. (2013). «UN genocide commemoration, transnational scenes of mourning and the global project of learning from atrocity». *The British journal of sociology*, 64(3), 501-525. <https://doi.org/10.1111/1468-4446.12029>.
- SKRITSKAYA, N.A., MAURO, C., GARCIA DE LA GARZA, A., MEICHSNER, F., LEBOWITZ, B., REYNOLDS, C.F., SIMON, N.M., ZISOOK, S. y SHEAR, M.K. (2020). «Changes in typical beliefs in response to complicated grief treatment». *Depression and Anxiety*, 37(1), 81-89. <https://doi.org/10.1002/da.22981>.
- SCHREIBER, S. (1995). «Migration, traumatic bereavement and transcultural aspects of psychological healing: Loss and grief of a refugee woman from Begameder County in Ethiopia». *British Journal of Medical Psychology*, 68(2), 135-142. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1995.tb01820.x>.



- TANG, S. y CHOW, A.Y. (2016). «Subjective and objective traumatic death: distinct roles in developing complicated grief and depression among older adults in Hong Kong». *International psychogeriatrics*, 29(3), 409-417. <https://doi.org/10.1017/S1041610216001873>.
- TODD S. (2007). «Silenced grief: living with the death of a child with intellectual disabilities». *Journal of intellectual disability research*, 51(8), 637-648. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2788.2007.00949.x>.
- TREML, J., KAISER, J., PLEXNIES, A. y KERSTING, A. (2020). «Assessing prolonged grief disorder: A systematic review of assessment instruments». *Journal of Affective Disorders*, 274, 420-434. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.049>.
- TSUI, E.K., FRANZOSA, E., CRIBBS, K.A. y BARON, S. (2019). «Home care workers' experiences of client death and disenfranchised grief». *Qualitative health research*, 29(3), 382-392. <https://doi.org/10.1177/1049732318800461>.
- TULLIS J.A. (2017). «Death of an Ex-Spouse: Lessons in Family Communication about Disenfranchised Grief». *Behavioral sciences*, 7(2), 16. <https://doi.org/10.3390/bs7020016>.
- VELÁZQUEZ, C. (2020). «Recomendaciones de intervención psicológica con pacientes, familiares y profesionales en el contexto de la emergencia sanitaria por COVID-19». *Organización Iberoamericana de Seguridad Social: OISS COMUNICACIÓN*, 22(05), 1-5. <https://oiss.org/wp-content/uploads/2020/05/Recomendaciones-de-intervención-psicológica-con-pacientes.pdf>.
- VERDERY, A.M., SMITH-GREENAWAY, E., MARGOLIS, R. y DAW, J. (2020). «Tracking the reach of COVID-19 kin loss with a bereavement multiplier applied to the United States». *Proceedings of the National Academy of Sciences of them United States of America*, 117(30), 17695-17701. <https://doi.org/10.1073/pnas.2007476117>.
- WALLACE, C.L., WŁADKOWSKI, S.P., GIBSON, A. y WHITE, P. (2020). «Grief During the COVID-19 Pandemic: Considerations for Palliative Care Providers». *Journal of Pain and Symptom Management*, 60(1), 70-76. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2020.04.012>.
- WORDEN, J.W., APARICIO, Á. y BARBERÁN, G.S. (2013). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Paidós.
- YOUNG, I., IGLEWICZ, A., GLORIOSO, D., LANOUILLE, N., SEAY, K., ILAPAKURTI, M. y ZISOOK, S. (2012). «Suicide bereavement and complicated grief». *Dialogues in clinical neuroscience*, 14(2), 177-186. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2012.14.2/iyoung>.
- ZHAI, Y. y DU, X. (2020). «Loss and grief amidst COVID-19: A path to adaptation and resilience». *Brain, behavior, and immunity*, 87, 80-81. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.04.053>.
- ZORIO LABRADOR, S.M. (2013). «El dolor por un muerto-vivo una lectura freudiana del duelo en la desaparición forzada». *Escuela de Estudios en Psicoanálisis y Cultura*. Trabajo fin de grado. <https://repositorio.unal.edu.co/handle/unal/48564>.



LA INCORPORACIÓN LABORAL DE LAS ENFERMERAS RECIÉN TITULADAS EN LA UNIVERSIDAD DE LA LAGUNA EN TIEMPOS DE PANDEMIA. ESTUDIO FENOMENOLÓGICO DESCRIPTIVO

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

RESUMEN

El presente documento es continuación de una investigación realizada con enfermeras egresadas de la Universidad de La Laguna entre los años 2020 y 2021 teniendo en cuenta el contexto de pandemia y crisis sanitaria por la COVID-19. Al tener en cuenta los resultados de dicho anterior trabajo, se plantea un estudio fenomenológico para comprender las vivencias de las enfermeras al pasar de estudiante a profesional y ejercer en una institución sanitaria de la provincia de Santa Cruz de Tenerife (España). De entre los resultados obtenidos, se destaca que el paso de estudiante a profesional es un hecho significativo a nivel emocional con una gran conciencia de responsabilidad y de que las enfermeras se sienten arropadas por parte del resto de profesionales más veteranas. Sin embargo, no existe período de tutorización y orientación por parte de la institución sanitaria.

PALABRAS CLAVE: enfermera novel, COVID-19, investigación cualitativa, período de transición.

THE JOB INCORPORATION OF NEW GRADUATED NURSES
AT THE UNIVERSITY OF LA LAGUNA IN TIMES OF PANDEMIC.
A DESCRIPTIVE PHENOMENOLOGICAL STUDY

ABSTRACT

This document is a continuation of an investigation carried out with nurses graduated from the University of La Laguna between 2020 and 2021, taking into account the context of the pandemic and health crisis caused by COVID-19. Taking into account the results of that previous work, a phenomenological study is proposed to understand the experiences of nurses when they finish their degree and begin in the professional world in a health institution in the province of Santa Cruz de Tenerife (Spain). Among the results obtained, it stands out that the transition from student to professional is a significant fact at an emotional level with a great awareness of responsibility and that nurses feel supported by the rest of the more veteran professionals. However, there is no period of tutoring and orientation by health institutions.

KEYWORDS: Novice nurse, COVID-19, qualitative research, transition to practice



INTRODUCCIÓN

El presente estudio es fruto de la continuación de una anterior investigación realizada por los mismos autores con los mismos egresados en Enfermería de la Universidad de La Laguna –Tenerife, España– (Arias Hernández *et al.*, 2021). Dicha investigación se diseñó desde una metodología cuantitativa planteándose un estudio descriptivo exploratorio al invitar a todas las enfermeras egresadas en los cursos académicos 2019/2020 y 2020/2021 de dicha universidad a participar en la encuesta. En la encuesta facilitada, se proponía al encuestado el poder señalar o marcar si deseaba participar en un futuro estudio de metodología cualitativa fenomenológica a través esta vez de entrevistas. De ahí, la motivación para elaborar este segundo artículo.

Tras los resultados de aquel estudio cuantitativo descriptivo, nos propusimos indagar con mayor profundidad en las dificultades para acceder a las instituciones sanitarias en Tenerife a nivel emocional y profesional e indagar sobre si se han sentido lo suficientemente apoyadas por parte de compañeras veteranas e instituciones. A la vez, comprender qué servicios o unidades de cuidados son más complejos para la nueva enfermera añadiendo además el contexto de la pandemia de COVID.

Se detectó que para las enfermeras egresadas de la Universidad de La Laguna en los años 2020 y 2021, el rito de iniciación o de paso de estudiante a profesional es un hecho complejo a nivel emocional y a nivel del desempeño profesional al comenzar a trabajar ya siendo profesional en la institución sanitaria que las contrata (Arias Hernández *et al.*, 2021).

ANTECEDENTES

La crisis de la pandemia de COVID-19 supuso un choque y un fenómeno de gran estrés para el sistema sanitario español. La falta de recursos humanos en Enfermería hizo que se tomaran medidas extraordinarias por parte de las instituciones sanitarias amparadas en el marco legal que suponía el estado de alarma como por ejemplo el poder contratar a estudiantes de Enfermería de cuarto curso como personal de auxilio a los centros sanitarios. La transición de estudiante a profesional, por tanto, se vuelve más compleja a nivel emocional y competencial para la nueva egresada o para la todavía estudiante pregrado.

* Profesora titular de Escuela del Departamento de Enfermería de la Universidad de La Laguna. Correo electrónico: merarias@ull.es.

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

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

Estas enfermeras de pregrado y/o enfermeras noveles sienten mucha motivación y orgullo por desear ejercer la profesión y ayudar a sus colegas sanitarios. Sin embargo, no ha dejado de ser una transición aún más dura y dada la situación sanitaria. La tristeza, el miedo, la ansiedad y especialmente la incertidumbre son sentimientos y vivencias que presentan las enfermeras pregrado o noveles al comenzar a trabajar en este contexto por las muchas veces que no se han visto apoyadas por la falta de protocolos. Hay que añadir además el temor a infectar por COVID a sus familiares.

Se ve así entonces la necesidad de crear programas de formación u orientación para el seguimiento y apoyo emocional en esta situación de crisis de salud pública. Es evidente que los centros sanitarios han de contar con programas de acogida profesional y formación académica específica. Los programas de acogida o de orientación facilitan no solo el apoyo a la enfermera principiante para que supere cualquier dificultad, sino también para ofrecer más seguridad al paciente o usuario creando una atención y unos cuidados de mayor calidad porque además se estabiliza a la enfermera a nivel laboral (García-Martín *et al.*, 2020; Casafont *et al.*, 2021; Crismon *et al.*, 2021; Sarnkhaowkhom *et al.*, 2021; Varasteh *et al.*, 2021; Baudoin *et al.*, 2022).

El papel de las enfermeras más veteranas es primordial también durante la crisis sanitaria. Deben prestar atención a cómo afrontar el estrés las noveles para que puedan desarrollar estrategias de afrontamiento sólidas y mejorar su capacidad de resiliencia y no sentirse tan vulnerables a nivel emocional en este contexto (Chen *et al.*, 2021).

No deja de tener complejidad formar parte de una especialidad como es un servicio de urgencias a nivel competencial como social. Pero a la vez la enfermera principiante lo ve como un lugar de crecimiento y madurez personal y profesional porque perciben que pueden aprender de grandes profesionales. Es por ello que se debe preparar a las futuras generaciones de enfermeras en el trabajo en equipo para capacitarlas en mejorar su comunicación, su habilidad social, sus competencias clínicas y en mitigar sus sentimientos negativos experimentados, además de poder hacer frente a los conflictos.

Las buenas relaciones interpersonales dentro de un equipo de trabajo influyen en mejorar la calidad asistencial y también a la hora de estabilizar y retener a las enfermeras para que no abandonen la profesión. Las razones para dejar la Enfermería abarcan desde la esfera personal a la organizacional (Varasteh *et al.*, 2021; Yaghmaei *et al.*, 2022).

Pagnucci *et al.* (2021) han mostrado que reorganizar una especialidad o unidad de trabajo como son los cuidados intensivos y las urgencias, en cuanto a recursos humanos, en base a experiencia y competencias profesionales de las enfermeras durante esta pandemia ha sido exitoso para las enfermeras principiantes y para adaptarse al entorno laboral y mejorar su bienestar.

No deja de ser responsabilidad y política de los sistemas de salud que se proteja y se dé seguridad a la nueva enfermera graduada durante esta crisis sanitaria. Tampoco deja de ser un reto para la enfermera veterana que debe velar por su integridad, adaptación y continuidad profesional (Kovanci y Özbaş, 2022). Desde luego, la



pandemia COVID ha exacerbado los siempre duros momentos del proceso de transición de estudiante a profesional (Marrero González, 2017; Crismon *et al.*, 2021).

OBJETIVOS

Describir las experiencias de las enfermeras tituladas entre los años 2020 y 2021 al comenzar a trabajar en distintas instituciones sanitarias en la provincia de Santa Cruz de Tenerife (España) mediante metodología cualitativa fenomenológica en el contexto de la pandemia de COVID-19.

Proponer mejoras, desde el punto de vista de la experiencia vivida por los entrevistados, para mejorar la incorporación laboral en el contexto sociosanitario de Tenerife.

MATERIAL Y MÉTODO

POBLACIÓN

Este estudio está dirigido a la población de egresadas/os del Grado en Enfermería de la Universidad de La Laguna, durante los cursos académicos 2019/20 y 2020/21. En este período de tiempo el total de tituladas por la Universidad de La Laguna, pertenecientes a la Sección de Enfermería, asciende a 273 e incluye a los grupos de La Laguna y La Palma (anexo 1).

Dado que esta investigación es continuación del estudio previamente realizado por los autores (Arias Hernández *et al.*, 2021), se invitó a participar en este estudio fenomenológico a aquellos participantes que señalaron en el cuestionario del estudio exploratorio que deseaban ser entrevistados en el futuro. La invitación se realizó por correo electrónico.

El anterior estudio se llevó a cabo con una muestra de $n=57$ entre los dos cursos académicos, de egresadas que decidieron voluntariamente participar en la encuesta al ser invitadas a participar.

MUESTRA

De aquellos encuestados ($n= 57$) que marcaron la posibilidad de poder participar en el estudio cualitativo (7) accedieron a ser entrevistados 4. En la tabla 1 exponemos las características sociodemográficas de los entrevistados:

DISEÑO

Es propuesta una investigación cualitativa fenomenológica descriptiva teniendo en cuenta los objetivos expuestos.



TABLA 1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS ENTREVISTADOS EN ESTE ESTUDIO

	EDAD	GÉNERO	SEDE	TITULACIÓN
Enfermera 1	25-30	M	La Palma	2021
Enfermera 2	25-30	M	Tenerife	2021
Enfermero 3	20-25	V	Tenerife	2021
Enfermera 4	20-25	M	Tenerife	2020

Elaboración propia.

RECOGIDA DE DATOS

La recogida de datos se realiza mediante entrevista semiestructurada engendrada de los objetivos. La entrevista es hecha de forma virtual mediante la herramienta Google Meet. Se hace una grabación de audio en formato MP3 con grabadora de audio. La entrevista semiestructurada consta de las siguientes preguntas:

- ¿Qué supuso para ti el paso de estudiante a profesional durante este tiempo de pandemia?
- ¿Cuáles fueron tus temores antes de comenzar a trabajar?
- ¿Te sentiste suficientemente apoyada por parte de enfermeras veteranas e instituciones sanitarias?
- ¿Te sentías preparada para trabajar en un servicio como una unidad de cuidados intensivos o de pediatría?
- ¿Te planteaste en algún momento abandonar la profesión debido entre otras cosas a la pandemia?
- ¿Hubo una preparación previa para integrarte en la institución sanitaria o especialidad?
- ¿Cuáles crees que son los márgenes de mejora a la hora de facilitar la transición de estudiante a profesional?

ANÁLISIS DE DATOS

Tras la realización de las entrevistas, se lleva a cabo la transcripción de las narraciones. A continuación, se procede a realizar la selección, segmentación, categorización y codificación de dichas narraciones. Para la categorización se toma de apoyo el programa Microsoft Word.

CRONOLOGÍA DEL ESTUDIO

La invitación a realizar la entrevista es hecha durante marzo de 2022 y las entrevistas se realizan entre marzo y abril. La transcripción y análisis de las narraciones se ejecutan en mayo.



TABLA 2. CATEGORÍAS DE RESULTADOS

CATEGORÍAS
1. Temor en el paso de estudiante a profesional
2. Responsabilidad
3. El significado del apoyo de los compañeros
4. La figura del compañero/a ya egresado/a
5. La institución invisible en la orientación
6. Incertidumbre
7. La preparación en el grado es adecuada

Elaboración propia.

ASPECTOS ÉTICOS

Se garantiza en todo momento la confidencialidad y anonimato de las entrevistas. Además, a los participantes se les informa con consentimiento informado (anexo II).

RESULTADOS

El proceso de categorización ha dado lugar a las siguientes categorías de resultados, que son especificadas en la tabla 2.

1. TEMOR EN EL PASO DE ESTUDIANTE A PROFESIONAL

Graduarse con el título de Enfermería no deja de ser un rito de paso con gran carga emocional significativa: se deja de ser estudiante, se viven sentimientos y emociones con temores antes de comenzar a trabajar ya como profesional. La fase de liminalidad que se da antes del primer empleo como enfermera es tal vez el paso más importante en toda la carrera profesional que comienza a iniciarse.

El paso de estudiante a profesional fue con temor. Sobre todo temor. Temor por la responsabilidad propia. Yo soy ahora la profesional, la que tiene que dar la cara y demostrar todo aquello que he aprendido (enfermera 1).

Las dudas, los temores eran si los conocimientos que tenía hasta el momento y la práctica serían suficientes para dar el paso para enfrentarme a una situación de urgencia yo sola para estar al frente de ese servicio (enfermera 1).

El paso de estudiante a profesional fue con mucho estrés porque cuando terminamos la carrera no pude realizar las prácticas de críticos (enfermera 2).

2. RESPONSABILIDAD

Una de las emociones y vivencias más importantes en este rito de paso de estudiante a profesional es la responsabilidad. La responsabilidad tiene un significado de conciencia y temor ante el hecho de tener personas a cargo. Esta vivencia de responsabilidad es más significativa si las enfermeras se encuentran a cargo de

pacientes críticos o pediátricos. Trasciende a más allá del propio contexto de la pandemia y de las condiciones laborales.

Yo estaba preparada mentalmente para empezar a trabajar en UCI o neonatología pero lo veo peligroso aunque estés acompañada porque si no ves los signos de complicación, que es lo más importante, no cuidas bien al paciente. Yo esperaba que no me mandasen a esos servicios (enfermera 2).

Lo primero que sientes cuando de repente te vistes de blanco es como una responsabilidad que a veces te pesa porque pasas a tener una enfermera de referencia a la que preguntarle las cosas y siempre tienes la responsabilidad cedida y pasas en cuestión de meses a vivir esa responsabilidad, a ser un profesional a cargo de un paciente y, claro, son emociones que no son fáciles de gestionar sobre todo con la carga de la pandemia. Al final no estás 100% reforzado para asumir esa responsabilidad. Sobre todo en servicios donde tienes que tener una responsabilidad excelente que tienes que estar con los ojos puestos en todo. Ahí el nivel de estrés es muy grande. Tienes vidas a cargo. Eres un profesional de la batalla frente al COVID y frente a todas las batallas que se libran en el hospital y eres el primer responsable que se tiene que dar cuenta si algo va mal, que el tratamiento se cumpla, que el paciente reciba todos los cuidados (enfermero 3).

Al principio sí tenía temor por la responsabilidad. No es malo un poco ese temor, esa responsabilidad. Sí es cierto que a veces las condiciones no han sido las óptimas. Hay veces que tienes que llevar a 20 pacientes en un turno de noche y tenías que sentirte mal sí o sí (enfermera 4).

3. EL SIGNIFICADO DEL APOYO DE LOS COMPAÑEROS

La transición de estudiante a profesional está muy marcada por el apoyo que las recién egresadas perciben y tengan del resto de compañeras más veteranas. Buena parte de ese temor vivido en el rito de paso en sus fases de segregación –se deja de ser estudiante–, liminalidad y communitas –se integra como enfermera dentro de un determinado grupo– es aliviado por el apoyo, comprensión y acogida del resto de compañeros para resolver problemas por falta de experiencia y/o formación específica.

Sobre todo muchos mitos y creencias se me derrumbaron bastante. Al principio pensaba que me iba a ver sola, que no iba a contar con esa ayuda, que me iba a enfrentar a situaciones novedosas para mí y que no iba a estar respaldada por los compañeros: pues todo lo contrario. Al comenzar mi andadura profesional me respaldan en todo momento. En ningún momento me sentí sola y cualquier duda la podía solventar con los compañeros. Esto facilitó mucho el comienzo para quitarme muchos miedos y hacer frente cada vez más a las situaciones que se me venían. Había una motivación propia y por saber que iba a tener a alguien que si en algún momento me veía apurada tenía a alguien con quien poder contar. Comencé a trabajar en atención primaria y luego en servicio de urgencias normal [...]. Calma bastante el saber que tienes apoyo (enfermera 1).

Tras haberme graduado, recibo la llamada de un hospital de tercer nivel donde comienzo a trabajar en una planta de pacientes COVID y con oxigenoterapia de



alto flujo y tuve que aprender forzosamente ventilación mecánica y monitorización. Agradecí el trabajo en equipo y eso fue lo que me salvó. Todos los trabajadores me ayudaron, desde médicos, enfermeras y auxiliares. Los supervisores, muy bien. Solo tuve un problema con uno. Roté por todas las plantas. No había malas caras. Todo el mundo te explicaba con mucha paciencia todo (enfermera 2).

Hay compañeros con los que me he sentido más arropado y otros con los que menos pero por lo general los profesionales que hay en el hospital son muy buenos y me han ayudado bastante a pesar de lo que tienen que llevar ellos con el desgaste físico y emocional siempre están para enseñar a uno y siempre tienen un poco de paciencia para darte ese empujoncito que necesitas (enfermero 3).

Normalmente sí y casi siempre me he sentido apoyada por las compañeras. Siempre me han ayudado y he estado eternamente agradecida tanto en el hospital como en atención primaria (enfermera 4).

4. LA FIGURA DEL COMPAÑERO/A YA EGRESADO/A

Uno de esos apoyos que es significativo para el alivio de los sentimientos negativos del temor y del estrés en la fase de segregación y liminalidad es el que una recién egresada una promoción anterior oriente a la enfermera a punto de titular o recientemente titulada.

A raíz de mi experiencia, la mejora es el poder entrar en contacto con personas de fuera de la universidad o del mundo profesional. Una compañera recién graduada, una promoción antes que la mía, nos guio y nos enseñó cómo fue el procedimiento de entrar en el mercado laboral. Da tranquilidad saber que los compañeros más recientes te transmiten su propia experiencia. Ya el alumno que va a terminar piensa que si ellos pueden, yo también puedo a pesar de los miedos y de las inseguridades una vez al terminar (enfermera 1).

5. LA INSTITUCIÓN INVISIBLE EN LA ORIENTACIÓN

La institución sanitaria que contrata a la enfermera novel no oferta u ofrece formación oficial específica y concreta a la enfermera en una determinada especialidad a nivel hospitalario. No existen programas de orientación. De hecho, la enfermera a nivel institucional no siente ese arropamiento como sí lo siente de sus compañeras. Hay márgenes de mejora.

A nivel de institución, no hubo una formación previa para incorporarme al servicio. Sin embargo, sí de manera informal ofreciéndome apoyo. Tuve bastante apoyo por parte del equipo de dirección y se habían preocupado por mi integración dentro del servicio (enfermera 1).

Tuve cursos de EPI y me explicaron el programa informático. La ventilación mecánica la aprendes sobre la marcha (enfermera 2).

Por parte del hospital no he sentido siquiera su presencia. Es como si fuera la empresa y tú eres un empleado. El resto de compañeros sí que tiran un poco de ti pero no brilla por eso, la verdad [...]. Tuve una formación de puesta y retirada de EPI pero



no hubo formación específica de un servicio o especialidad concreta. Eso no se ve en el hospital (enfermero 3).

En hospitalaria no he recibido formación, en atención primaria sí [...]. Mi recomendación personal es ir unos días antes por tu propia cuenta a formarte en el lugar de trabajo [...]. Se debería adecuar y prevenir a las enfermeras que están ahí, para formar a las nuevas (enfermera 4).

6. INCERTIDUMBRE

La transición, o rito de iniciación descrito, en la fase de liminalidad se vive con incertidumbre. La incertidumbre genera el temor descrito añadiendo además el desconocimiento que existe del lugar donde se va a trabajar por primera vez sumando además la situación de la crisis sanitaria. El temor y la incertidumbre están íntimamente relacionados. Las promociones estudiadas se vieron envueltas en la irrupción de la pandemia y su formación se vio parcialmente truncada. No obstante, la formación enfermera universitaria tiene un enfoque práctico y las nuevas egresadas saben sobrellevar un posible choque inicial con la realidad acompañado de la vivencia de la responsabilidad.

Temor no tenía para trabajar con el COVID porque yo ya había entrado en contacto con la pandemia siendo estudiante al inicio de la misma estando en UCI. Sin ninguna preocupación más allá de lo habitual. Al contar con la formación no tuve un temor añadido. Yo sabía lo que había. En el caso de pediatría no, ya que en mi lugar de formación no había UCI pediátrica y no me sentía con los conocimientos necesarios (enfermera 1).

Hay que estar preparado para lo que viene, el estrés te lleva al desconocimiento de lo que viene. Cuando controlas un servicio o una situación no es tanto el estrés que sufres por el conocimiento. Lo que más aplaca el estrés es el conocimiento. Hace falta una pequeña toma de contacto con el servicio (enfermero 3).

Cuando empecé, empecé en la planta COVID. El problema es que a nosotros por el tema COVID nos pararon las prácticas en un momento determinado y cuando empiezas en una planta que no conoces y que además no has tratado con la enfermedad supone como un *shock* a nivel emocional porque es miedo a lo desconocido no sabes cómo vas a reaccionar ni a trabajar en esa planta ni con lo que te vas a encontrar ni cómo tratarlo ni nada, te encuentras atado de pies y manos. Luego ves cómo se desarrolla la planta y no es para tanto (enfermera 4).

7. LA PREPARACIÓN EN EL GRADO ES ADECUADA

Se valora de forma positiva la formación universitaria en el Grado de Enfermería de la Universidad de La Laguna. Esto ayuda a la integración no solo competencial y alivia el estrés generado por el temor y la incertidumbre en este rito de paso.

Después de 4 años de formación. Siempre tenemos algún punto débil, más después de habernos aplazado las prácticas. Empezar desde primero de carrera te da bastante soltura a la hora de comenzar a trabajar (enfermera 4).



DISCUSIÓN

En primer lugar, al ser esta una investigación de continuación, hemos de comparar los resultados obtenidos con los del anterior estudio realizado por los mismos autores. Señalamos que los resultados de este estudio narrativo fenomenológico son similares a los resultados obtenidos en el estudio descriptivo: el paso de estudiante a profesional supone ser un rito de paso significativo a nivel emocional y a nivel de adaptación al nuevo lugar y al nuevo estatus –ser enfermera, no estudiante– y de que aún existen muchos márgenes de mejora por parte de las instituciones sanitarias para acoger y orientar a las enfermeras principiantes o recién tituladas.

Vemos, por tanto, también que la formación universitaria es bien valorada por las enfermeras recién graduadas por la Universidad de La Laguna (Arias Hernández *et al.*, 2021). Bien es cierto que la irrupción de la pandemia durante su formación supuso una dificultad para formarse en las prácticas clínicas como han manifestado en el presente estudio. No obstante, valoran de forma positiva su formación. El rito de paso sigue siendo complejo y la vivencia de la responsabilidad ha sido uno de los hechos característicos en todas las generaciones de recién egresadas como ya se ha ido observando en los últimos años en nuestra provincia (Marrero González, 2017; Marrero González y García Hernández, 2017; Marrero González y García Hernández, 2018).

Nuestros resultados coinciden con los de los trabajos de Chen *et al.* (2021), de Varasteh *et al.* (2021) y de Yaghmaei *et al.* (2022) al mostrar que el apoyo de las compañeras más veteranas supone alivio, reducción del temor, del estrés y de la posible aflicción que se dan en las fases de liminalidad de la transición de estudiante a profesional. De hecho, son las propias enfermeras veteranas las que hacen la orientación y tutorización de manera informal u oficiosa porque en nuestra provincia de Santa Cruz de Tenerife no existe la cultura de los programas de orientación por parte de las instituciones sanitarias. Sí que es cierto que la Atención Primaria de Tenerife es más vanguardista en ese aspecto en comparación al resto de instituciones.

De cualquier forma, sigue siendo un aspecto muy importante a mejorar por parte de los centros sanitarios como ya hemos venido apuntando en este último lustro (Marrero González y García Hernández, 2017). Por tanto, compartimos las reflexiones que se encuentran recogidas en las publicaciones de Pagnucci *et al.* (2021) y de Kovanci y Özbaş, (2022) en que la institución sanitaria debe ser más responsable al acoger y orientar en formación a la recién egresada o de nueva incorporación a la institución y no recaer esta tarea en los trabajadores y trabajadoras del propio centro sanitario de manera informal.

Los programas de orientación o de tutorización refuerzan la calidad asistencial y la seguridad del paciente tal y como se ha apreciado en los trabajos de García-Martín *et al.* (20209), Casafont *et al.* (2021), Crismon *et al.* (2021), Sarnkhaowkhom *et al.* (2021), Varasteh *et al.* (2021) y de Baudoin *et al.* (2022). No puede quedarse la formación u orientación en formaciones continuas aisladas como, por ejemplo, el aprender a utilizar los equipos de protección individual.

A diferencia de los resultados de la tesis doctoral de Marrero González (2017), las enfermeras manifiestan en este estudio encontrarse mejor formadas y satisfechas



con su formación universitaria. Hay que puntualizar que en el trabajo de este autor la mayoría de las enfermeras entrevistadas fueron diplomadas, es decir, otro plan de estudios, y configuración de los estudios diferente al actual en la Universidad de La Laguna. Tal es así que las participantes de este estudio, no percibían la crisis sanitaria como un problema con respecto a su formación. Las preocupaciones son más focalizadas siempre hacia el ambiente laboral, hacia el compañerismo o hacia la acogida. Tampoco se han apreciado en los resultados deseos de abandonar la profesión pese al contexto de pandemia y de crisis sanitaria.

CONCLUSIONES

Sin duda alguna, el rito de paso de estudiante a profesional sigue siendo vivido con sentimientos de temor muy íntimamente relacionados con ser consciente de la responsabilidad y las cargas laborales ya como profesional. Hay que destacar que en nuestros resultados, la crisis sanitaria por COVID no tuvo gran relevancia entre nuestros participantes: no agravó de manera significativa el temor a ser profesional sino que se le sigue dando mayor importancia a la acogida, orientación y apoyo por parte de instituciones sanitarias y compañeros de mayor trayectoria. El plan de estudios del Grado de Enfermería de la Universidad de La Laguna es bien valorado por parte de las egresadas y facilita que con su enfoque práctico la enfermera que titula no experimente un choque con la realidad complejo o que ni siquiera pueda darse.

Las mejoras que se siguen proponiendo, y que siguen siendo demandadas por sucesivas promociones egresadas, es que las instituciones sanitarias sean conscientes de la necesidad de los programas de formación y de tutorización previos a iniciarse a trabajar en las mismas, ya que esta tarea se sigue haciendo por parte de los profesionales más veteranos de manera oficiosa o informal.

LIMITACIONES DE LA PRESENTE INVESTIGACIÓN

Al igual que aconteció con el estudio exploratorio descriptivo (Arias *et al.*, 2021), el número de entrevistados se ha visto limitado por no tener suficientes voluntarios participantes para alcanzar un índice de saturación y dar mayor validez al estudio.

RECIBIDO: 20/5/2022; ACEPTADO: 15/8/2022



BIBLIOGRAFÍA

- ARIAS HERNÁNDEZ, M.M., MARRERO GONZÁLEZ, C.M. y GARCÍA HERNÁNDEZ, A.M. (2021). «De estudiante de Enfermería de la Universidad de La Laguna a Enfermera, en Tiempos de Covid-19. Estudio Exploratorio». *Cuidar. Revista de Enfermería de la Universidad de La Laguna*, 1 (1), 27-36. <https://doi.org/10.25145/j.cuidar.2021.01.03>.
- BAUDOIN, C.D., MCCAULEY, A.J., y DAVIS, A.H. (2022). «New Graduate Nurses in the Intensive Care Setting: Preparing Them for Patient Death». *Critical Care Nursing Clinics*, 34 (1), 91-101. <https://doi.org/10.1016/j.cnc.2021.11.007>.
- CASAFONT, C., FABRELLAS, N., RIVERA, P., OLIVÉ-FERRER, M.C., QUEROL, E., VENTURAS, M., [...], y ZABALEGUI, A. (2021). «Experiences of Nursing Students as Healthcare Aid during the COVID-19 Pandemic in Spain: A Phenomenological Research Study». *Nurse Education Today*, 97, 104711. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2020.104711>.
- CHEN, H.M., LIU, C.C., YANG, S.Y., WANG, Y.R. y HSIEH, P.L. (2021). «Factors Related to Care Competence, Workplace Stress, and Intention to Stay Among Novice Nurses during the Coronavirus Disease (COVID-19) Pandemic». *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4), 2122. <https://doi.org/10.3390/ijerph18042122>.
- CRISMON, D., MANSFIELD, K.J., HIATT, S.O., CHRISTENSEN, S.S. y CLOYES, K.G. (2021). «COVID-19 Pandemic Impact on Experiences and Perceptions of Nurse Graduates». *Journal of Professional Nursing: Official Journal of the American Association of Colleges of Nursing*, 37(5), 857-865. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2021.06.008>.
- GARCÍA-MARTÍN, M., ROMÁN, P., RODRÍGUEZ-ARRASTIA, M., DÍAZ-CORTÉS, M.D.M., SORIANO-MARTÍN, P.J. y ROPERO-PADILLA, C. (2021). «Novice Nurse's Transitioning to Emergency Nurse during COVID-19 Pandemic: A Qualitative Study». *Journal of Nursing Management*, 29(2), 258-267. <https://doi.org/10.1111/jonm.13148>.
- KOVANCI, M.S., y ATLI ÖZBAŞ, A. (2022). «'Young Saplings on Fire' Newly Graduated Nurses in the COVID-19 Pandemic: A Qualitative Study». *Journal of Nursing Management*, 30(1), 15-24. <https://doi.org/10.1111/jonm.13460>.
- MARRERO GONZÁLEZ, C.M. (2017). *Estudio Fenomenológico de la Experiencia de Incorporación al Contexto Laboral de Enfermeras Egresadas de la Universidad de La Laguna entre 2009 y 2014* (Tesis doctoral). Universidad de La Laguna. España. Disponible en <https://riull.ull.es/xmlui/handle/915/23958>.
- MARRERO GONZÁLEZ, C.M. y GARCÍA HERNÁNDEZ, A.M. (2017). «La Vivencia del Paso de Estudiante a Profesional en Enfermeras de Tenerife (España): un Estudio Fenomenológico». *Ene*, 11(1) Recuperado el 14 de marzo de 2022, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2017000100004&lng=es&ylng=en.
- MARRERO GONZÁLEZ, C.M. y GARCÍA HERNÁNDEZ, A.M. (2017). «Narraciones Pertenecientes a Enfermeras Egresadas de la Universidad de La Laguna sobre cómo Mejorar su Incorporación al Mundo Laboral en Tenerife». *Ene*, 11(2) Recuperado el 14 de marzo de 2022, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2017000200004&lng=es&ylng=pt.
- MARRERO GONZÁLEZ, C.M., y GARCÍA HERNÁNDEZ, A.M. (2018). «Fenomenología del Sentir de las Enfermeras en el Contexto Profesional de Tenerife (España)». *Cultura De Los Cuidados*, 51, (2), 11-21. Recuperado de <http://ciberindex.com/c/cc/51011cc>.

- MARRERO GONZÁLEZ, C.M. y GARCÍA HERNÁNDEZ, A.M. (2021). «What Services, or Work Units, Do Nurses Experience in a More Traumatic Way When Entering the Professional World in Tenerife, Spain? A Phenomenological Study». *Journal of Organizational Psychology*, 27, (2), 160-167. <https://doi.org/10.33423/jop.v21i2.4201>.
- PAGNUCCI, N., SCATENI, M., DE FEO, N., ELISEI, M., PAGLIARO, S., FALLACARA, A. y FORFORI, F. (2021). «The Effects of the Reorganization of an Intensive Care Unit due to COVID-19 on Nurses' Wellbeing: An Observational Cross-Sectional Study». *Intensive and Critical Care Nursing*, 67, 103093. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2021.103093>.
- SARNKHAOWKHOM, C., PROMKANYA, A., POMISRIKEAW, S. y RITTHAPANYA, N. (2021). «Novice Nurse and Novel Coronavirus» Experiences of Novice Nurses Caring for Patients Diagnosed with COVID-19 in Thailand». *Nursing Open*, 10.1002/nop2.996. Advance online publication. <https://doi.org/10.1002/nop2.996>.
- VARASTEH, S., ESMAEILI, M. y MAZAHERI, M. (2021). «Factors Affecting Iranian Nurses' Intention to Leave or Stay in the Profession during the COVID-19 Pandemic». *International nursing review*, 10.1111/inr.12718. Advance online publication. <https://doi.org/10.1111/inr.12718>.
- YAGHMAEI, S., RAIESDANA, N. y NOBAHAR, M. (2022). «Novice nurses' Experiences from Teamwork in the Emergency Department: A Qualitative Content Analysis». *International Emergency Nursing*, 61, 101116. <https://doi.org/10.1016/j.ienj.2021.101116>.



ANEXO I

Relación de números de egresados de los distintos centros donde se imparte el Grado de Enfermería en la Universidad de La Laguna. Sombreados en color rosa, los centros que entraron en este estudio.

CENTRO	CURSO	TITULACIÓN	N.º EGRESADOS	
Facultad de Ciencias de la Salud	2019-20	G006	Graduado en Enfermería	95
Escuela de Enfermería Nuestra Sra. de La Candelaria	2019-20	G022	Graduado en Enfermería	62
Facultad de Ciencias de la Salud	2019-20	G044	Graduado en Enfermería (La Palma)	42
Facultad de Ciencias de la Salud	2020-21	G006	Graduado en Enfermería	94
Escuela de Enfermería Nuestra Sra. de La Candelaria	2020-21	G022	Graduado en Enfermería	58
Facultad de Ciencias de la Salud	2020-21	G044	Graduado en Enfermería (La Palma)	42

Datos facilitados por el Gabinete de Análisis y Planificación de la Universidad de La Laguna.



ANEXO II

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPANTES DE INVESTIGACIÓN

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por los profesores «María Mercedes Arias Hernández, Cristo Manuel Marrero González y Alfonso Miguel García Hernández» del Departamento de Enfermería de la Universidad de La Laguna. El profesor Dr. Cristo Manuel Marrero González con DNI 54056835G, es el encargado de realizar la entrevista. El «objetivo general de este estudio» es el de «Describir las experiencias de las enfermeras tituladas entre los años 2020 y 2021 al comenzar a trabajar en distintas instituciones sanitarias en la provincia de Santa Cruz de Tenerife (España) mediante metodología cualitativa fenomenológica en el contexto de la pandemia de COVID-19».

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista (o completar una encuesta, o lo que fuera según el caso). Esto tomará aproximadamente 20 minutos de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

La participación es este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas. Una vez transcritas las entrevistas, los archivos MP3 con las grabaciones se destruirán. Este estudio se ampara en la «Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales: <https://www.boe.es/buscar/pdf/2018/BOE-A-2018-16673-consolidado.pdf>».

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Cristo Manuel Marrero González con DNI 54056835G. He sido informado (a) de que el objetivo general de este estudio es el de «Describir las experiencias de las enfermeras tituladas entre los años 2020 y 2021 al comenzar a trabajar en distintas instituciones sanitarias en la provincia de Santa Cruz de Tenerife (España) mediante metodología cualitativa fenomenológica en el contexto de la pandemia de COVID-19».

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 20 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre mi participación en este estudio, puedo contactar a Cristo Manuel Marrero González al teléfono 696134384 y al correo electrónico cmarrerg@ull.edu.es.



Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a Cristo Manuel Marrero González al teléfono y correo electrónico anteriormente mencionado.

Nombre del Participante

Firma del Participante

Fecha



EL CONOCIMIENTO DE LOS ESTUDIANTES SOBRE LA ENFERMERÍA BASADA EN LA EVIDENCIA Y LA ENFERMERÍA BASADA EN LA NARRATIVA. UN ESTUDIO COMPARATIVO

José Siles González* y M.^a del Carmen Solano-Ruiz**

RESUMEN

Objetivo: identificar el conocimiento, habilidades y percepciones del alumnado de enfermería sobre enfermería basada en la evidencia (EBE)¹ y enfermería basada en la narrativa (EBN)¹. Asimismo, clarificar la necesidad de combinar adecuadamente la EBE y la EBN en los cuidados de enfermería para potenciar su calidad y humanización. *Método:* dos principios del paradigma sociocrítico orientaron la investigación dado su carácter participativo. Se aplicó el cuestionario de autoevaluación sobre competencias en EBE y EBN (basado y modificado del CACH-PBE). *Muestra:* 57 alumnos de del grado de Enfermería en la Universidad de Alicante durante el año académico 2019-20. *Resultados:* el conocimiento de la EBN es mucho menor (12,2%) que el de la EBE (100%). Asimismo, los alumnos con formación en EBE es mayoritaria (96,4%) frente a la formación en EBN (21%). La percepción sobre EBN es negativa, pues son mayoría los alumnos que no quieren formación en esta temática (72%). *Conclusiones:* se han identificado los conocimientos, las expectativas y los sentimientos de los alumnos de enfermería sobre enfermería basada en la evidencia y enfermería basada en la narrativa durante sus prácticas clínicas siendo la EBE más conocida, estudiada y apreciada.

PALABRAS CLAVE: medicina narrativa, enfermería basada en la narrativa, enfermería basada en la evidencia, cuidados centrados en el paciente, estudiantes de enfermería.

STUDENTS' KNOWLEDGE OF EVIDENCE-BASED NURSING AND NARRATIVE-BASED NURSING. A COMPARATIVE STUDY

ABSTRACT

Objective: To identify the knowledge, skills, and perceptions of nursing students about evidence-based nursing (EBN) and narrative-based nursing (NBN)¹. Also, to clarify the need to adequately combine (EBN) and (NBN) in nursing care to enhance its quality and humanization. *Methods:* The principles of the socio-critical paradigm guided the research, given its participatory nature. The self-evaluation questionnaire on competencies in EBN and NBN¹ (based on and modified from CACH-PBE) was applied. *Sample:* 57 students of the nursing degree at the University of Alicante during the 2018-19 academic year. *Results:* Knowledge of NBN is much lower (12.2%) than EBN (100%). Likewise, students with training in EBN are in the majority (96.4%) compared to those with training in NBN (21%). The perception of EBN is negative, as the majority of students do not want training in this area (72%). *Conclusions:* The knowledge, expectations, and feelings of nursing students about evidence-based nursing and narrative-based nursing during their clinical practice have identified, is the most known, studied, and appreciated EBN.

KEYWORD: Narrative Medicine, narrative based nursing, evidenced based nursing, patients centered care, nursing students.



INTRODUCCIÓN

PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

La despersonalización de los cuidados, que se produce como consecuencia directa de un déficit de comunicación entre profesionales de la salud y pacientes, ya sea debido a la presencia de la tecnología, falta de formación, tiempo u otros factores como la atención focalizada exclusivamente en la búsqueda de evidencia científica (Barnard y Sandelowki, 2001; Arredondo y Siles, 2018), repercute en una deficitaria calidad o deshumanización de los cuidados. Esto supone una problemática que exige un abordaje urgente mediante las pertinentes investigaciones que se ocupen de esta realidad. En consecuencia, ante la despersonalización de los cuidados y la deficitaria comunicación entre profesional de la salud y paciente, este estudio se justifica, esencialmente, por la necesidad de establecer un puente entre la evidencia científica y la interacción comunicativa con el paciente (enfermería basada en la narrativa).

OBJETIVOS

El objetivo general de este estudio consiste en valorar el conocimiento de los alumnos sobre la Enfermería Basada en la Evidencia (EBE) y la Enfermería Basada en la Narrativa (EBN). Asimismo, los objetivos específicos propuestos son:

- Identificar el conocimiento, las expectativas y los sentimientos de los alumnos de enfermería sobre enfermería basada en la evidencia y enfermería basada en la narrativa durante sus prácticas clínicas realizando un análisis comparativo entre los mismos.
- Describir a los alumnos las características esenciales de la enfermería basada en la evidencia y en la narrativa y su incidencia con la humanización de los cuidados (tras la implementación del cuestionario).
- Potenciar la reflexión sobre la necesidad de combinar adecuadamente la enfermería basada en la evidencia (EBE) y en la narrativa (EBN) en los cuidados de salud para potenciar tanto su calidad como su humanización.

* Catedrático de universidad. Departamento de Enfermería. Universidad de Alicante. 03080 Alicante (España). *E-mail:* jose.siles@ua.es.

** Profesora titular. Departamento de Enfermería. Universidad de Alicante. 03080 Alicante (España). *E-mail:* carmen.solano@ua.es.

¹ Se emplearán las siglas EBE y EBN para referirse respectivamente a Enfermería Basada en la Evidencia y Enfermería Basada en la Narrativa.

ESTADO DE LA CUESTIÓN

La EBE surge como consecuencia de la difusión de la Medicina Basada en la Evidencia (MBE) en los años noventa y se centra en la búsqueda de conocimiento clínico relevante respecto al problema publicado en medios científicos. A mediados de la década de los noventa algunos autores pioneros de esta nueva metodología (Sackett *et al.*, 1996) describen en un artículo lo más esencial de esta nueva herramienta de conocimiento aportando una interpretación esencial de su naturaleza y utilización: «La utilización consciente, explícita y juiciosa de las mejores y actuales opciones respecto a la toma de decisiones sobre el cuidado individual del paciente» (Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes, y Richardson, 1996). Asimismo, en algunos estudios se sostiene la idoneidad de la MBE como estrategia para elegir el mejor diseño de investigación para cada cuestión clínica (Sackett y Wennberg, 1997).

En otros trabajos se considera que la evidencia contrastada científicamente debe ser entendida y explícitamente demandada por el paciente, siendo necesaria, por tanto, la combinación de la EBE y la EBN (Siles y Solano, 2019). David Sackett, uno de los pioneros de la MBE, llegó años después de su implantación a la conclusión de que había que establecer una mayor relación con el paciente, dado que las estrategias que implicaba seguir las pautas de la MBE demandaba demasiado tiempo (búsqueda de artículos pertinentes, lectura y análisis crítico de la literatura, valoración de la aplicación en los casos clínicos, etc.) y esta circunstancia iba en detrimento de la interacción comunicativa con el paciente; es decir, se le prestaba menos atención al paciente.

En la segunda década del siglo XXI se realizan trabajos que cuestionan la MBE y señalan la necesidad de su reinterpretación en el contexto de los cuidados de salud (Juárez, Rodríguez Martín y Conde Caballero, 2013).

La Medicina Basada en la Narrativa (MBN) y la Enfermería Basada en la Narrativa (EBN) surgen también en los años noventa como respuesta al déficit de comunicación con el paciente (Greenhalgh y Hurwitz, 1998). La EBN representa un instrumento de investigación cualitativa buscando la comunicación interactiva con el paciente y los significados que el problema de salud tiene para él (Guerreiro, 2008; Valverde, 2007; 2008; Siles, 2018). En este mismo contexto Siles y Solano (2014) utilizan las fuentes narrativas e investigación cualitativa en contextos tradicionalmente tan poco propicios para la comunicación paciente-enfermera como los cuidados críticos y renales. Las fuentes narrativas provienen de la investigación cualitativa y la antropología y ya se utilizaban el último tercio del siglo XX por autores que tenían por objetivo describir narrativamente las enfermedades como contextos de sufrimiento y curación de la condición humana (Kleinman, 1989).

Otros autores, más allá de las utilidades en la investigación, enfatizan la importancia de la EBN como vehículo para centrar el cuidado en la persona/humanización del cuidado (Siles, 2018); mientras que en otros estudios se demuestra la idoneidad de la EBN como guía del cuidado en la práctica clínica (Díaz Sánchez, 2007), o incluso como forma de aprendizaje a través de la escucha de los pacientes (Griffin, 2008).



El filósofo sofista griego Protágoras en el siglo IV a.C. afirmaba que el hombre es la medida de todas las cosas; «Homo mensura, pero es el mismo hombre el que se empeña en ignorar esta tajante realidad. En el contexto de la enfermería el significado de esta aseveración consiste en centrar los cuidados en la persona» (Siles, 2011).

«La EBN tiene en cuenta los procesos de construcción social de la experiencia que se derivan de las vivencias y puede servir de puente entre la objetividad científica de la EBE y la consideración de la subjetividad del paciente como evidencia integrada en sus narrativas sobre procesos de salud-enfermedad contribuyendo a una mayor calidad de los cuidados y a su humanización» (Siles y Solano, 2014, 2019). En este mismo sentido, de consideración de la subjetividad del paciente, algunos autores proponen el empleo de metodologías como la poesía de los cuidados con el propósito de valorar los sentimientos de pacientes y profesionales de salud en sus procesos de interacción comunicativa y experiencial. Un ejemplo de la aplicación de la poesía de los cuidados lo aporta el estudio sobre los sentimientos de estudiantes de enfermería durante el COVID-19 (Siles, Andina y Solano, 2022).

MÉTODO

DESCRIPCIÓN DEL CONTEXTO Y DE LOS PARTICIPANTES

El contexto donde se ideó y aplicó el proyecto está vinculado al grupo de redes Antropología educativa de las prácticas clínicas. Este grupo –subgrupo del de la Universidad de Alicante Enfermería y Cultura de los Cuidados EYCC– se caracteriza por desarrollar durante más de una década investigaciones centradas en los mecanismos de enseñanza aprendizaje en el ámbito de los estudiantes de enfermería desde la perspectiva de la investigación cualitativa y el paradigma sociocrítico; es decir, estudios que favorecen la participación activa de los docentes y discentes en la optimización del aprendizaje y la implementación nuevas metodologías (EBN y EBE) siguiendo los principios del Espacio Europeo de Educación Superior.

Los participantes en el estudio fueron los estudiantes del grado de Enfermería del curso académico 2019-20. La muestra se obtuvo por conveniencia 57 estudiantes de grado Enfermería: 26 (3.º) y 31 (4.º) que estaban en situación de prácticas clínicas (Otzen y Manterola, 2017).

TÉCNICA DE RECOGIDA DE DATOS

El instrumento utilizado para realizar la investigación: se ha realizado un estudio descriptivo-interpretativo de investigación cualitativa (Siles, 2016). En una primera fase, como técnica de recogida de datos para identificar el conocimiento, percepciones y expectativas de los alumnos respecto a la EBE y la EBN se aplicó el «Cuestionario de práctica basada en la evidencia y en la narrativa adaptado de CACH-PEB y Launer (2002)». El mismo está integrado por cuatro bloques: for-

mación, escala de actitud, escala de conocimientos y habilidades y, por último, un apartado de preguntas abiertas.

Procedimiento: todo el proceso se ha desarrollado desde el mes de octubre de 2019 hasta marzo de 2020 en el contexto de las tutorías de prácticas clínicas y orientado por profesores integrantes del grupo de investigación Cultura de los Cuidados. En una segunda fase posterior a la implementación del cuestionario se realizaron seminarios con el alumnado participante para explicar de forma muy genérica las características de la EBE y la EBN y potenciar el debate participativo.

Se analizaron las respuestas a las preguntas cerradas con varias alternativas y a la pregunta abierta final con gran potencial para motivar la síntesis del alumnado. La pregunta abierta facilitaba las reflexiones del alumnado sobre las aportaciones de la EBE y la EBN a la humanización de los cuidados y la ciencia: pros y contras de cada una. Asimismo, el proceso de organización, análisis y categorización estuvo vinculado a las orientaciones de Gibbs (2013) y a los ítems del cuestionario (Díaz Sánchez, 2007; Berdie, Anderson y Niebuhr, 1992). Durante todo el proceso se consideraron las normas éticas del código de buenas prácticas científicas del CSIC (2011) y, asimismo, se elaboró un documento de consentimiento informado como preámbulo del cuestionario.

RESULTADOS Y SU DISCUSIÓN

La muestra está integrada por 57 alumnos, diez varones y 47 mujeres, lo que limita la interpretación de los datos desde la perspectiva de género. Asimismo, las edades están dentro de un rango que oscila entre 19 y 50 años.

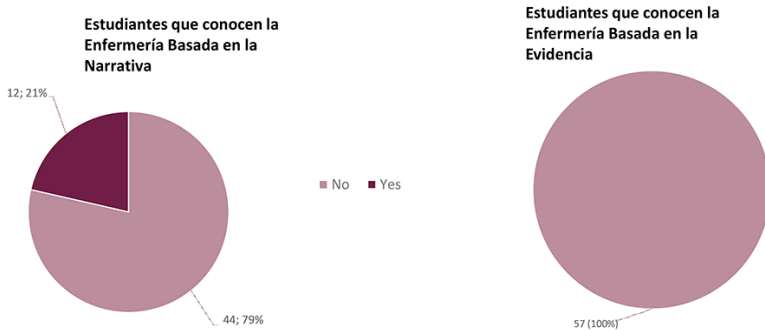
FORMACIÓN

En el apartado de formación, el nivel de conocimiento del alumnado respecto a la Enfermería Basada en la Narrativa es muy bajo (12,21%), respecto a la Enfermería Basada en la Evidencia, dado que todos saben identificar en qué consiste (100%) (gráfico 1). Este hecho puede ser una consecuencia de la gran diferencia entre la integración curricular de la EBE y la ausencia o marginalidad de la EBN en el currículum del grado de Enfermería.

La constatación de la integración curricular de la EBE en el grado de Enfermería se evidencia en el porcentaje de alumnos que manifiestan haber tenido formación teórica en esta materia (96,4%); mientras que la marginación de la EBN es también una realidad para el alumnado, dado que una mayoría significativa afirma no tener ninguna formación teórica en la misma (78,9%), mientras que tan solo una minoría sí afirma tener cierta formación teórica (21,1%) (gráfico 2).

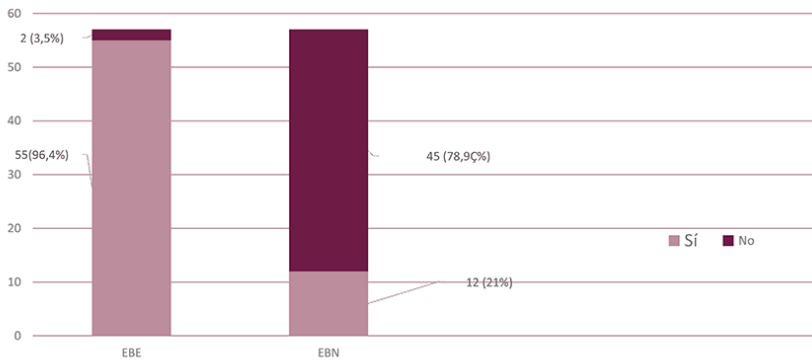
Respecto a la presencia de la EBE y la EBN en la formación clínica, las diferencias son abismales: mientras la totalidad del alumnado manifiesta no tener formación de EBN durante sus prácticas clínicas; al menos un 38,6% del alumnado reconoce haber tenido formación en EBE durante sus prácticas clínicas (gráfico 3).





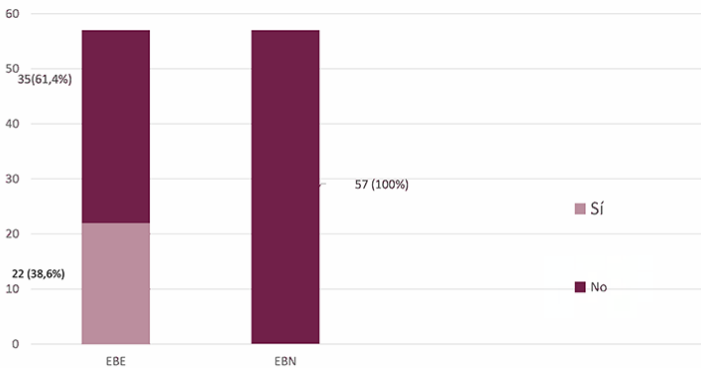
Fuente: Elaborado por los autores desde: Cuestionario de Enfermería Basada en la Evidencia y Enfermería Basada en la Narrativa. Adaptado de CACH y PEB and Launer (2002)

Gráfico 1. Nivel de conocimiento y adiestramiento de estudiantes de enfermería en enfermería basada en la narrativa y enfermería basada en la evidencia.



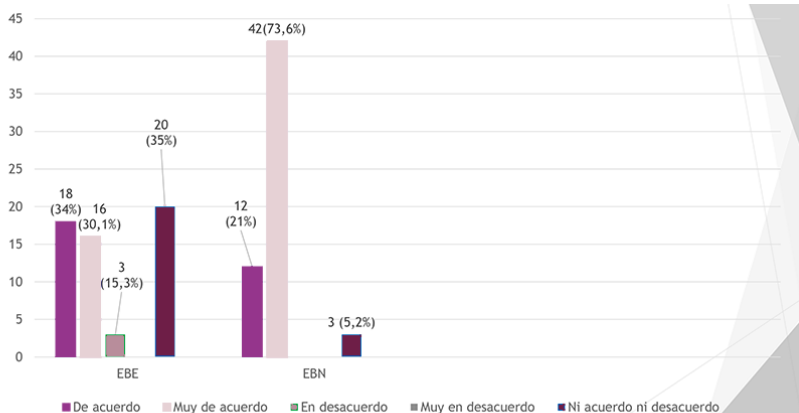
Fuente: Elaborado por los autores desde: Cuestionario de Enfermería Basada en la Evidencia y Enfermería Basada en la Narrativa. Adaptado de CACH y PEB and Launer (2002)

Gráfico 2. Estudiantes con formación/sin formación en EBE and EBN.



Fuente: Elaborado por los autores desde: Cuestionario de Enfermería Basada en la Evidencia y Enfermería Basada en la Narrativa. Adaptado de CACH y PEB and Launer (2002)

Gráfico 3. Adiestramiento en EBE y EBN en las prácticas clínicas.



Fuente: Elaborado por los autores desde: Cuestionario de Enfermería Basada en la Evidencia y Enfermería Basada en la Narrativa. Adaptado de CACH y PEB and Launer (2002)

Gráfico 4. La EBE y la EBN contribuyen a la toma de decisiones en la clínica.

ACTITUDES, EXPECTATIVAS Y SENTIMIENTOS HACIA LA EBN Y LA EBE

En el apartado actitudinal que analizan los sentimientos y motivaciones del alumnado, la EBN no es una materia anhelada por la mayoría de un alumnado que manifiesta abiertamente no querer recibir formación en la misma (72%).

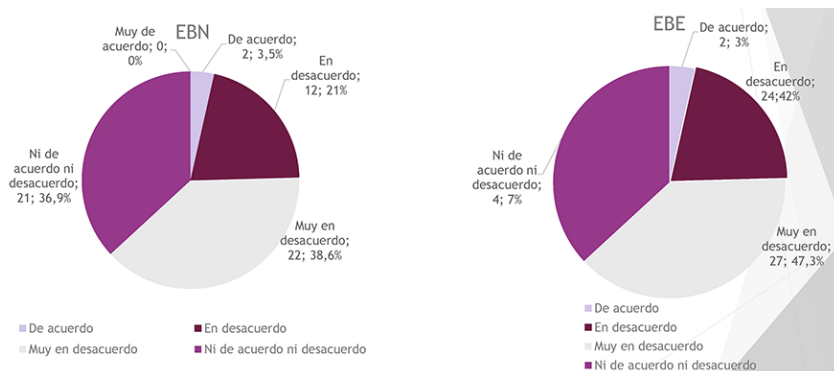
Sin embargo, algo que contradice ese sentimiento negativo del alumnado respecto a la EBN, considerando que las vivencias y los significados de las mismas en los pacientes constituye el núcleo de esta especialidad de la enfermería, se manifiesta en el hecho de que a una mayoría está de acuerdo (61%) o muy de acuerdo (27%) en que le gustaría tener acceso a las vivencias y significados de los pacientes en artículos científicos; mientras que hay un pequeño grupo que se mantiene en una postura indefinida: «Ni de acuerdo ni en desacuerdo» (12%).

Respecto al pensamiento del alumnado sobre la validez de la EBE o la EBN en el proceso de toma de decisiones de la práctica clínica (gráfico 4), se observa una gran diferencia entre ambas materias. Sobre la EBE: una aplastante mayoría están de acuerdo (21,12%) o muy de acuerdo (73%) en que esta metodología incide de lleno en la toma de decisiones durante las prácticas clínicas. Tan solo el 5% manifiestan no estar de acuerdo ni en desacuerdo.

Sobre la incidencia de la EBN en el proceso de toma de decisiones en el contexto clínico, los alumnos manifiestan estar de acuerdo (31,5%) o muy de acuerdo (28,07%); mientras que hay un reducido grupo que constata su desacuerdo (5,2%) y otro, el mayoritario, que manifiesta no estar en acuerdo ni en desacuerdo (35,08%). Es decir, mayoritariamente el alumnado manifiesta sus dificultades para entender cómo la EBN puede ayudarles en el proceso de toma de decisiones en la clínica (gráfico 4).

Siguiendo con la identificación de los sentimientos del alumnado respecto a EBN y EBE, sobre la afirmación: «La EBN sea algo sólo teórico sin aplicación en la práctica» (gráfico 5). Una minoría están de acuerdo (3,5%), mientras la mayoría





Fuente: Elaborado por los autores desde: Cuestionario de Enfermería Basada en la Evidencia y Enfermería Basada en la Narrativa. Adaptado de CACH y PEB and Launer (2002)

Gráfico 5. La EBE y la EBN son tan solo teorías sin aplicación práctica.

están en desacuerdo (21%) o muy en desacuerdo (38,6%). Esta valoración haría pensar que el alumnado se resiste a desechar completamente la EBN, pero de cualquier forma un nutrido grupo afirma no estar de acuerdo ni en desacuerdo con esta cuestión (36,9%). Es decir, parece como si prefirieran no decantarse por el rechazo ni la aceptación de una materia que tal vez no entiendan y, por tanto, mantienen sus dudas y neutralidad al respecto. Respecto a la EBE, están de acuerdo un número similar al anterior (3%), mientras que se muestran en desacuerdo o muy en desacuerdo una importante mayoría (42%) y (47%). Finalmente, un 7% muestran su indiferencia por el tema.

Otro de los aspectos nucleares a analizar en este estudio fue la consideración del alumnado sobre la incidencia de la EBE y la EBN en la humanización/personalización de los cuidados. Sobre la EBE, una gran mayoría están de acuerdo (32%) o muy de acuerdo (60%) en que esta materia incide de pleno en la humanización/personalización de los cuidados, mientras que no hay nadie que afirme estar en desacuerdo o muy en desacuerdo. Sí que un pequeño grupo mantiene una postura ambigua: ni de acuerdo ni en desacuerdo (8%).

Respecto a la EBN, una mayoría están de acuerdo (32%) o muy de acuerdo (28%), pero sí hay algunos que están en desacuerdo (7%), ninguno muy en desacuerdo (0%), y el grupo mayoritario (de las cuatro opciones) no está ni de acuerdo ni en desacuerdo (33%).

CONOCIMIENTOS Y HABILIDADES EN EBE Y EBN

Una de las cuestiones planteadas consistía en identificar si el alumnado se siente capaz de analizar la utilidad práctica de un estudio científico desde los presupuestos de la EBE y la EBN. Respecto a la EBE, la mayoría está de acuerdo (49%)

o muy de acuerdo (7%) en que es capaz de analizar la utilidad de un estudio científico desde los presupuestos de la EBE; sin embargo, no es nada desdeñable el grupo que no está de acuerdo (21%) y muy en desacuerdo (4%), a los que hay que añadir el grupo del alumnado que se mantiene en la ambigüedad (19%).

CUESTIÓN ABIERTA FINAL: A MODO DE SÍNTESIS Y REFLEXIÓN

En el análisis de la respuesta abierta, la mayoría del alumnado habla sobre EBE y apenas se menciona la EBN. Se han identificado diversas reivindicaciones del alumnado relacionadas con la EBE:

Tal como sostienen Siles y Solano (2014), el alumnado tiene una idea poco clara de la MBE y tiene apenas una vaga y confusa idea de lo que es y para lo que puede servir la EBN.

Algunos autores han afirmado que es el momento de empezar a redefinir esta situación de preponderancia jerárquica de la EBE (Juárez, Rodríguez Martín, Conde Caballero, 2013), sobre todo porque la ausencia de la comunicación marginal al paciente aislándolo en un tropo patológico donde se le estigmatiza la identidad (Goffman, 1995).

Los alumnos conocen la finalidad primaria de la EBE (búsqueda de bibliografía científica que aporte datos sobre el caso clínico), pero no saben qué utilidad puede tener la EBN que sirve para reequilibrarse tras los cambios y desequilibrios que provoca la irrupción de un problema de salud: tal como afirma Ricoeur (1995) ante la amenaza del «no sentido» que provocan los cambios que afectan la homeostasis fisiológica, psicológica o social de las personas, las tramas narrativas constituyen el medio por el cual reconfiguramos nuestra experiencia para llegar a comprendernos en diferentes situaciones.

RESPUESTAS A LA PREGUNTA ABIERTA

Tras analizar las respuestas a la cuestión abierta formulada al final del cuestionario: «Si quieres, puedes contarnos a continuación tu experiencia como estudiante, y qué mejorarías en relación con la práctica basada en la evidencia y/o en la enfermería basada en la narrativa»; se ha vertebrado en tres bloques temáticos: a) generales, complacientes y ambiguas; b) opiniones acerca de la EBE; c) opiniones sobre la EBN.

a) *Generales, complacientes y ambiguas*

Respuestas poco o nada comprometidas que denotan una falsa apariencia de neutralidad del alumnado y que, sin embargo, están más relacionadas con las dificultades que tienen los estudiantes para implicarse de forma activa y participar en procesos de reflexión sobre los problemas reales de su formación teórica y clínica:



- «Buena. Creo que lo dejaría todo como está» APC23.
- «Creo que nos llevaría mucho tiempo emplear la EBE y sería casi utópico intentar aplicar los principios de la EBN» APC3.
- «Es que no se entiende muy bien cómo se podrían aplicar ninguna de las dos metodologías tal como están las cosas» APC 19.
- «No creo que merezca la pena cambiar nada. Lo que funciona mejor no cambiarlo» APC 28.

b) *Opiniones acerca de la EBE*

Respuestas que evidencian el interés del alumnado por tener una formación en EBE motivados, sobre todo, por la necesidad de realizar búsquedas bibliográficas y análisis crítico de artículos a la hora de hacer trabajos académicos y especialmente el de fin de grado:

- «Como estudiante me hubiera gustado que nos hubiesen enseñado a hacer un TFG de la mejor manera posible y a saber realizar una búsqueda bibliográfica» APC 7.
- «Hace falta mayor formación sobre el tema (sobre todo de narrativa, de la que confieso que no tenía ni idea)» APC50. «Creo que estas asignaturas deberían impartirse o reforzarse en cursos más avanzados (3.º y 4.º). Y hacer revisiones pequeñas para entrenarnos para el Trabajo fin de grado» APC18.
- «Debería haber más prácticas o seminarios. Sobre todo para gestores bibliográficos y a ser posible cerca de 4.º» APC22.
- «Como estudiante de enfermería creo que harían falta más seminarios a lo largo de los diferentes cursos que puedan complementar nuestras habilidades a la hora de ser más efectivos en la búsqueda de evidencia científica» APC21.
- «Desde mi punto de vista, la EBE debería estar presente en todos los enfermeros. Debido a que los alumnos debemos realizar búsquedas bibliográficas de las técnicas o cosas que nos llaman la atención, poco a poco vamos aumentando conocimientos y mejorando» APC34.
- «Creo que nos faltan habilidades y experiencia a la hora de realizar búsquedas bibliográficas» APC 37.

c) *Opiniones sobre la EBN*

El alumnado, mayoritariamente, manifiesta su apatía por conocer la EBN, dado que piensan que la práctica profesional se sigue centrandó en las técnicas más que en la comunicación con el paciente. La interacción con el paciente es algo secundario que solo se debe considerar cuando hay tiempo de sobra para ello:

- «Estaría bien recibir más formación en estos aspectos desde el primer al último curso. Creo que es interesante y puede ser útil en la práctica profesional» APC53.



- «Conversar con el paciente estaría bien siempre que hubiera tiempo para ello» APC29.
- «No sabía para lo que podía servir la EBN, me parecía que con estas cosas se pierde el tiempo» APC11.
- «En mi planta hay un enfermero que es criticado por sus compañeras por escaquearse por las habitaciones y perder el tiempo hablando con los pacientes [...] creo que si la mayoría de los profesionales hasta los tutores opinan así..., ¿qué se espera que pensemos nosotras?» APC15.
- «No tengo ni idea para lo que puede servir la EBN... Parece algo literario más que sanitario» APC13.

A la luz de los resultados de este estudio, la escasa preparación de los futuros enfermeros en materia de EBN se confirman las críticas de algunos de sus impulsores en el contexto médico: Sackett, Rosenberg, Gray, Haynes y Richardson (1996, 1997) hacen una crítica de la generalización de la MBE (que ellos mismos contribuyeron a instaurar) por el excesivo tiempo y necesaria especialización que precisa (búsquedas bibliográficas, lectura crítica, evaluación artículos, etc.).

Algunos autores señalan que la principal aplicación de la EBE y de la EBN, más que en la práctica asistencial en sí misma, constituye un instrumento eficaz para mejorar los diseños de investigación (Sackett, Wennberg, 1997). En este sentido los alumnos solo estarán interesados si se dedican a la investigación (tesis, trabajos fin de grado y fin de máster, etc.).

A pesar de que la mayoría de los alumnos desconocen la utilidad de la EBN, esta debe servir para la humanización/personalización de los cuidados (tanto en su vertiente asistencial como de investigación) (Siles, 2018) y también como forma de aprendizaje mediante la escucha del paciente (Griffin, 2008).

El mayor conocimiento de la EBE por parte de los alumnos puede deberse, en gran medida, a la ausencia de la EBN de los currículos del grado de Enfermería.

Los alumnos desconocen que, además de la humanización/ personalización, hay autores que sostienen que la narrativa puede servir como guía del cuidado en la práctica (Díaz Sánchez, 2007).

Las fuentes narrativas requieren el desarrollo de técnicas de comunicación. La comunicación con los pacientes está especialmente marginada en servicios muy especializados y tecnologizados como las ucis y hemodiálisis, que son unidades especialmente deseadas por el alumnado (Siles y Solano, 2014).

Los alumnos, a pesar de manifestar su interés por las vivencias de los pacientes y sus significados, no consideran como objetivo profesional identificar el sentido/significado que tiene para el paciente su problema de salud. Existe, pues, una contradicción que puede deberse a la falta de conocimiento sobre EBN y a su presencia marginal en el currículum del grado de Enfermería (Valverde, 2007, 2008).

Una de las principales dificultades de las narrativas de los pacientes radica en el desordenado relato de los pacientes, sobre todo los crónicos, aunque este aparente caos constituye, en realidad, la base para centrar el cuidado en la persona atendiendo a su complejidad y superando los reduccionismos inherentes a enfoques asistenciales neopositivistas (Siles, 2014; Valverde, 2005).



Los resultados de este estudio nos permiten indagar en las causas de la falta de conocimiento de los alumnos respecto a las características de la EBE y, sobre todo, de la EBN.

Tras conocer la opinión del alumnado respecto a la EBE y la EBN resulta evidente la necesidad de integrar en el currículum la EBN y ampliar los créditos destinados al conocimiento y prácticas sobre la EBE. La importancia científica de la Enfermería Basada en la Narrativa radica en la necesidad de integrar la comunicación con el paciente en su proceso de atención clínica; es decir, tras constatar el déficit de conocimiento de la EBN, concienciar a los alumnos de la necesidad de combinar recursos objetivos propios de la EBE (lectura crítica de artículos) con herramientas que faciliten centrar el cuidado en las personas), o lo que es lo mismo: la humanización de los cuidados centrando el cuidado en la persona.

CONCLUSIONES

Se ha identificado un enorme desnivel entre los conocimientos, las expectativas y los sentimientos de los alumnos de enfermería sobre enfermería basada en la evidencia (mucho más conocida y con mayor familiarización sobre sus características y aplicaciones) y la enfermería basada en la narrativa (apenas conocida y sin saber apenas nada sobre su utilidad).

Tanto los conocimientos como las expectativas y sentimientos del alumnado son más positivos con la EBE que con la EBN y esto repercute en una mayor consideración de la utilidad de la EBE tanto a nivel teórico como práctico-clínico.

El alumnado tiene «cierta idea» del beneficio que supone el empleo de la EBE, pero no sucede así con la EBN y esto puede ser consecuencia de la mayor o menor integración de ambas en el currículum del grado de Enfermería.

La principal aportación de este trabajo consiste en confirmar la importancia científica de la EBE, pero sosteniendo la necesidad de integrar la comunicación con el paciente (EBN) en su proceso de atención clínica; es decir, tras constatar el déficit de conocimiento de la EBN, concienciar a los alumnos de la necesidad de combinar recursos objetivos (lectura crítica de artículos) con herramientas que faciliten centrar el cuidado en las personas (humanización de los cuidados), algo tan imprescindible como la interacción con los pacientes, donde la comunicación resulta crucial.

RECIBIDO: 18/12/2022; ACEPTADO: 30/12/2022



BIBLIOGRAFÍA

- ALLPORT, G. (1985). *Personalidad, su configuración y desarrollo*. Barcelona: Herder.
- ARREDONDO, C.P. y SILES, J. (2009). «Tecnología y Humanización de los Cuidados: Una mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales». *Index Enferm.*, 18(1), 32-36. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000100007.
- BARNARD, A. y SANDELOWSKI, M. (2001). «Technology and humane care: (ir) reconcilable or invented difference?». *Journal of Advanced Nursing*, 34(3), 367-375. <http://dx.doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01768.x>.
- CAVE, A. (2011). «Narrative reflective practice in medical education for residents: composing shifting identities». *Adv Med Educ Pract.* 2, 1-7. <http://dx.doi.org/10.2147/AMEP.S13241>.
- BERDIE, D., ANDERSON, J.F. y NIEBUHR, M.A. (1992). *Questionnaires: Design and Use*. New Jersey: Scarecrow Press.
- DÍAZ SÁNCHEZ, V. (2007). «Análisis de un relato como guía de cuidado enfermero». *Index de Enfermería*, 16(56), 45-49. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962007000100010.
- GIBBS, G. (2013). *El análisis de datos cualitativos en Investigación Cualitativa*. Madrid: Morata.
- GOFFMAN, E. (1995). *Estigma. La identidad deteriorada*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- GREENHALGH, T. (1999). «Narrative based medicine: Narrative based medicine in an evidence based world». *B.M.J. Clinical Research*, 318(7179), pp. 323-325. <http://dx.doi.org/10.1136/bmj.318.7179.323>.
- GRIFFIN, F.L. (2008). «The fortunate physician: learning from our patients», in Rudnytsky, P.L., Charon R., editors. *Psychoanalysis and narrative medicine*. Albany, NY: State University of New York Press, pp. 149-66.
- GUERREIRO, D.T. (2008). «La narrativa em investigación em enfermagem», in M.D. Lenise do Prado, *Investigación cualitativa en enfermería: contexto y bases conceptuales* Washington: Organización Panamericana de la Salud, pp. 195-211.
- KLEINMAN, A. (1989). *The Illness Narratives: Suffering, Healing, And The Human Condition*. New York: Basic Books.
- LAUNER, J. (2002). *Narrative-based primary care. A practical guide*. Abington, UK: Radcliffe Medical Press.
- MARIANO JUÁREZ, L., RODRÍGUEZ MARTÍN, B. y CONDE CABALLERO, D. (2013). «Cuidados basados en narrativas. Redefiniendo la jerarquía de la evidencia». *Index de Enfermería*, 22, 1-2. <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000100012>.
- OTZEN, T. y MANTEROLA, C. (2017). «Técnicas de muestreo sobre una población a estudio». *Int. J. Morphol.*, 35(1), 227-232. Disponible en <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v35n1/art37.pdf>.
- RICOEUR, P. (1995). *Sí mismo como otro*. Madrid: Siglo XXI.
- SACKETT, D.L., ROSENBERG, W.M.C., MUIR GRAY, J.A., BRIAN HAYNES, R. y SCOTT RICHARDSON, W. (1996). «Evidence based medicine: what it is and what it isn't». *B.M.J.*, 312(71), 13(312), 71-72. <https://doi.org/10.1136/bmj>.



- SACKETT, D. y WENNBURG, J. (1997). «Choosing the best research design for each question». *B.M.J.* 315, 1636-1640. <https://10.1136/bmj.315.7123.1636>.
- SILES, J. (2016). «La utilidad práctica de la epistemología en la clarificación de la pertinencia teórica y metodológica en la disciplina enfermera». *Index de Enfermería*, 25(1-2), 86-92. Disponible en <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v25n1-2/251215.php>.
- SILES, J. y SOLANO, C. (2017). «Poesía y cuidados: un instrumento para la gestión de emociones y sentimientos en enfermería». *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 6(2), 2393-6606. <https://doi.org/10.22235/ech.v6i2.1463>.
- SILES, J. (2014). «El humanismo en enfermería a través de la sociopoética y la antropológica». *Cultura de los Cuidados*, 18(38), 9-13. <https://doi.org/10.7184/cuid.2014.38.01>.
- SILES, J. (2018). «La humanización del cuidado a través de las narrativas y la poesía como producto de la investigación aplicada». *Cultura de los Cuidados*, 23(52), 9-15. <https://doi.org/10.14198/cuid.2018.52.01>.
- SILES, J. y SOLANO C. (ed.) (2019). *Pensamiento crítico, autoevaluación y estética en la práctica clínica de enfermería*. Barcelona: Octaedro.
- SILES, J., ANDINA-DÍAZ, E. y SOLANO-RUIZ, C. «The Feelings of Nursing Students during the COVID-19 Confinement: Narrative-Based Nursing and Poetry-of-Care Perspectives». *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2022, 19,13919. <https://doi.org/10.3390/ijerph192113919>.
- VALVERDE, C. (2008). «Enfermería centrada en los Significados del Paciente. Un modelo basado en la narrativa y en la ética del otro». *Index de Enfermería*. 17(3), 157-158. Disponible en <http://www.index-f.com/index-enfermeria/v17n3/1578.php>.
- VALVERDE, C. (2005). «Historias que cuenta: el caos en la narrativa del paciente crónico». *Norte de Salud Mental*, 22(3), 56-59. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/4830252.pdf>.



¿LOS PROFESIONALES SANITARIOS ESTÁN PREPARADOS PARA LA EUTANASIA?

Sergio Meneses Ramírez* y
Juan Elicio Hernández Xumet**

RESUMEN

La entrada en vigor el 25 de junio de 2021 de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia (LORE) ha supuesto el reconocimiento de los cuidados al final de la vida y el respeto de la dignidad de las personas en situaciones de mal pronóstico. El objetivo de esta revisión es evaluar la evidencia sobre el conocimiento que poseen los profesionales sanitarios en relación con la eutanasia. Se realiza una búsqueda sistemática en 10 bases de datos (Dialnet, Cuiden, Scopus, Medline, CINAHL, Cochrane, Scielo, el metabuscador oficial de la Universidad de La Laguna, PubMed y la Biblioteca Virtual de la Salud) con el fin de identificar los estudios realizados sobre esta temática en los últimos 10 años. Se ha objetivado una limitada evidencia científica sobre el conocimiento de los profesionales sanitarios frente a la eutanasia. Asimismo, surge la necesidad de implementar programas instructivos que lo aborden desde etapas iniciales de la formación. Es preciso realizar más estudios de este tipo.

PALABRAS CLAVE: eutanasia, cuidados al final de la vida, educación sanitaria, profesionales sanitarios.

ARE HEALTHCARE PROFESSIONALS
PREPARED FOR EUTHANASIA?

ABSTRACT

The entry into force on June 25, 2021 of the Organic Law 3/2021, of March 24, on the regulation of euthanasia (LORE) has meant the recognition of end-of-life care and respect for the dignity of people in situations of poor prognosis. The aim of this review is to evaluate the evidence on the knowledge of health professionals in relation to euthanasia. A systematic search was carried out in 10 databases (Dialnet, Cuiden, Scopus, Medline, CINAHL, Cochrane, Scielo, the official meta-search engine of the University of La Laguna, PubMed and the Virtual Health Library) in order to identify the studies carried out on this subject in the last 10 years. A notable paucity of scientific evidence on the knowledge of health professionals regarding euthanasia has been found. Likewise, there is a need to implement instructional programs that address it from the initial stages of training. More studies of this type are also needed.

KEYWORDS: euthanasia, end of life care, healthcare education, health professionals.

INTRODUCCIÓN

Como bien sabemos, la atención a la salud se encuentra en continuo proceso de adaptación a las nuevas necesidades sociales. Los avances biosanitarios de la segunda mitad del siglo xx han permitido aumentar la esperanza y la calidad de vida, mejorando notoriamente las condiciones de atención a la salud y produciendo sufrimientos innecesarios al prolongar la vida en personas con patologías irreversibles. A pesar de los avances en el sector médico y de la aparición de nuevos tratamientos paliativos, especialmente los empleados en el cuidado del final de la vida, estos aún continúan relacionándose con gran incertidumbre y dolor. La preocupación por el momento y la manera en la que va a suceder ha supuesto que la perspectiva del cuidado, centrada en la prevención, en el tratamiento y en la rehabilitación de los pacientes, tenga especial consideración en la dignidad humana en los momentos de enfermedad incurable en estadio avanzado, surgiendo procedimientos actualizados y adaptados a las exigencias sociales y sanitarias, respetando el principio bioético de autonomía y garantizando su bienestar, como la eutanasia¹.

Si bien la nomenclatura utilizada en los cuidados del final de la vida suele dar lugar a confusiones terminológicas no solo entre la población general, sino incluso en responsabilidades públicas y profesionales sanitarios, por lo que es importante reconocer cada concepto de manera correcta para poder adaptarlo a las necesidades del momento².

De manera etimológica, el término *eutanasia* procede del griego («eu» = bueno; «thanatos» = muerte) y significa «buena muerte». En la actualidad, esta definición ha sido relegada a un segundo plano, pues este concepto hace referencia a la conducta (acción u omisión) orientada a poner fin a la vida de una persona afectada de una dolencia grave e irreversible, que le produzca sufrimiento físico o emocional intolerable, de manera intencional³.

* Hospital Universitario Nuestra Señora de Candelaria.

** Universidad de La Laguna. E-mail: jhernanx@ull.edu.es.

¹ ALTISENT TROTA, R., PORTA I SALES, J., RODELES DEL POZO, R., GISBERT AGUILAR, A., LONCAN VIDAL, P., MUÑOS SÁNCHEZ, D. *et al.* «Declaración sobre la eutanasia de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos». *Med. Paliat.* 2002L; 9 (1): 37-40. RIOS GONZÁLEZ, C.M., DE BENE-DICTIS SERRANO, G.A., CORDOVA RIVAS, G.J., CONTRERAS ROMERO, M.L. y CONTRERAS LUGO, L.V. «Conocimiento y percepción sobre eutanasia en estudiantes de medicina de diecisiete países latinoamericanos», 2017. *Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud.* 2018; 16 (3): 58-65. FERNÁNDEZ MARTÍNEZ, E., FERNÁNDEZ MUÑOZ, J.J., ROMERO BLANCO, C., PARRA FERNÁNDEZ, M.L. y ONIEVA ZAFRA, M.D. «Spanish Version of the Attitude Towards Euthanasia Scale». *Int. J. Environ Res. Public. Health.* 2020; 17 (11): 3855.

² ALTISENT TROTA, R., PORTA I SALES, J., RODELES DEL POZO, R., GISBERT AGUILAR, A., LONCAN VIDAL, P., MUÑOS SÁNCHEZ, D. *et al.* «Declaración sobre la eutanasia de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos». *Med. Paliat.* 2002L; 9 (1): 37-40.

³ ALTISENT TROTA, R., PORTA I SALES, J., RODELES DEL POZO, R., GISBERT AGUILAR, A., LONCAN VIDAL, P., MUÑOS SÁNCHEZ, D. *et al.* «Declaración sobre la eutanasia de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos». *Med. Paliat.* 2002L; 9 (1): 37-40. CARRASCO, V.H. y CRISPI, M.F. «Eutanasia en Chile: una discusión pendiente». *Rev. Med. Chile.* 2016; 144 (12): 1598-1604.

A pesar de que se asemeja al proceso de eutanasia, el suicidio médicamente asistido dista en el agente causal directo de la muerte del paciente, pues, a diferencia de la eutanasia, la propia persona enferma es quien se autoadministra la medicación que pondrá fin a su proceso vital de acuerdo con su voluntad tras la indicación médica de los fármacos oportunos⁴.

Por su parte, la obstinación terapéutica engloba todos los procedimientos asistenciales que no produzcan un beneficio directo al paciente y, en su lugar, originen un sufrimiento innecesario en él. La limitación del esfuerzo terapéutico (LET) consiste en la restricción de algún tipo de medidas sanitarias al identificar una desproporción entre los fines y los medios terapéuticos empleados, con el objetivo de proporcionar el máximo beneficio posible al paciente teniendo en cuenta su situación, de manera que se evite incurrir en la obstinación terapéutica. Asimismo, la sedación paliativa pretende disminuir la sintomatología característica de la situación terminal por medio de analgésicos y sedantes en las dosis necesarias para disminuir el sufrimiento, aunque esta medicación pueda originar indirectamente la disminución del tiempo de vida⁵.

Centrándonos en la eutanasia, que corresponde al procedimiento principal abordado de este estudio, en los últimos años ha surgido la «eutanasia pasiva» como solución a la problemática ética que supone la aprobación legal de la eutanasia, ya que diferencia la acción y la omisión a la hora de terminar la vida de una persona en situación terminal, aunque desde la perspectiva ética no presenta gran relevancia al mantener la misma intención⁶.

En España, la aprobación de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia (LORE), y su posterior entrada en vigor el 25 de junio de 2021, ha supuesto un cambio en el ordenamiento jurídico nacional y pretende dar respuesta jurídica, sistemática, equilibrada y garantista al procedimiento de la eutanasia. Asimismo, existe consenso en el empleo de este término únicamente en los casos de acción directa, eliminando de esta consideración las actuaciones pasivas (eliminación de tratamiento prescrito previamente) o la eutanasia activa indirecta (sedación paliativa, que en ocasiones puede acelerar la muerte). Surge como forma de respeto de los derechos individuales, de la dignidad, de la autonomía y de la libertad⁷.

⁴ BARBERO GUTIÉRREZ, J., ROMEO CASABONA, C., GIJÓN, P. y JÚDEZ, J. «Limitación del esfuerzo terapéutico». *Med. Clin.* 2001; 117 (5): 586-594.

⁵ ALTISENT TROTA, R., PORTA I SALES, J., RODELES DEL POZO, R., GISBERT AGUILAR, A., LONCAN VIDAL, P., MUÑOS SÁNCHEZ, D. *et al.* «Declaración sobre la eutanasia de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos». *Med. Paliat.* 2002L; 9 (1): 37-40. CARRASCO, V.H. y CRISPI, M.F. «Eutanasia en Chile: una discusión pendiente». *Rev. Med. Chile.* 2016; 144 (12): 1598-1604. ROYES, A. «La eutanasia y el suicidio médicamente asistido». *Psicooncología.* 2008; 5 (2-3): 323-337.

⁶ ALTISENT TROTA, R., PORTA I SALES, J., RODELES DEL POZO, R., GISBERT AGUILAR, A., LONCAN VIDAL, P., MUÑOS SÁNCHEZ, D. *et al.* «Declaración sobre la eutanasia de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos». *Med. Paliat.* 2002L; 9 (1): 37-40.

⁷ LEY ORGÁNICA 3/2021, de 24 de marzo, de Regulación de la Eutanasia. *Boletín Oficial del Estado*, n.º 72 (25 de marzo de 2021). ROMEO CASABONA, C.M., NICOLÁS JIMÉNEZ, P. y ROMEO MALANDA, S. *Manual de bioderecho (Adaptado para la docencia en ciencias, ciencias de la salud y cien-*



Según la LORE, la eutanasia consiste en «la actuación que produce la muerte de una persona de forma directa e intencionada mediante una relación causa-efecto única e inmediata, a petición informada, expresa y reiterada en el tiempo por dicha persona, y que se lleva a cabo en un contexto de sufrimiento debido a una enfermedad o padecimiento incurable que la persona experimenta como inaceptable y que no ha podido ser mitigado por otros medios»⁸.

Contempla su aplicación a aquellas personas que posean la nacionalidad española, residencia legal en el país o permanencia en territorio español durante más de 12 meses; con capacidad de decisión; con mayoría de edad; presentar un informe médico sobre la situación de salud, sufrir un padecimiento grave, incurable, crónico e imposibilitante, ofrecer un consentimiento informado con la voluntad personal de poner fin a la vida y presentar dos solicitudes de manera voluntaria con una separación entre una y otra de al menos 15 días. Si el facultativo considera que un paciente no presenta pleno uso de sus facultades, podrá recurrir a documentos de instrucciones previas o testamento vital, entre otros⁹.

En general, se trata de una práctica que se puede realizar en centros sanitarios públicos, privados, concertados o en el propio domicilio, y que requiere la participación de un equipo interdisciplinar sanitario¹⁰.

El médico responsable es el profesional que acompaña al paciente durante todo el proceso de la asistencia a la muerte por medio de la información, la deliberación y la asistencia¹¹.

El médico consultor no pertenece al equipo asistencial responsable, para garantizar la calidad en la atención y la cualificación clínica, pero se encarga de corroborar el cumplimiento de los requisitos médicos de manera individualizada¹².

cias sociales y jurídicas). 1.ª ed. País Vasco: Dykinson; 2022. MARCOS, A.M. y DE LA TORRE, J. *Y de nuevo la eutanasia. Una mirada nacional e internacional*. 1.ª ed. Madrid: Dykinson; 2019.

⁸ LEY ORGÁNICA 3/2021, de 24 de marzo, de Regulación de la Eutanasia. *Boletín Oficial del Estado*, n.º 72 (25 de marzo de 2021). ROMEO CASABONA, C.M., NICOLÁS JIMÉNEZ, P. y ROMEO MALANDA, S. *Manual de bioderecho (Adaptado para la docencia en ciencias, ciencias de la salud y ciencias sociales y jurídicas)*. 1.ª ed. País Vasco: Dykinson; 2022.

⁹ LEY ORGÁNICA 3/2021, de 24 de marzo, de Regulación de la Eutanasia. *Boletín Oficial del Estado*, n.º 72 (25 de marzo de 2021). ROMEO CASABONA, C.M., NICOLÁS JIMÉNEZ, P. y ROMEO MALANDA, S. *Manual de bioderecho (Adaptado para la docencia en ciencias, ciencias de la salud y ciencias sociales y jurídicas)*. 1.ª ed. País Vasco: Dykinson; 2022. MARCOS, A.M. y DE LA TORRE, J. *Y de nuevo la eutanasia. Una mirada nacional e internacional*. 1.ª ed. Madrid: Dykinson; 2019.

¹⁰ LEY ORGÁNICA 3/2021, de 24 de marzo, de Regulación de la Eutanasia. *Boletín Oficial del Estado*, n.º 72 (25 de marzo de 2021). MINISTERIO DE SANIDAD. *Manual de buenas prácticas en eutanasia*. Madrid. Gobierno de España, Ministerio de Sanidad; 2021.

¹¹ LEY ORGÁNICA 3/2021, de 24 de marzo, de Regulación de la Eutanasia. *Boletín Oficial del Estado*, n.º 72 (25 de marzo de 2021). MARCOS, A.M. y DE LA TORRE, J. *Y de nuevo la eutanasia. Una mirada nacional e internacional*. 1.ª ed. Madrid: Dykinson; 2019.

¹² LEY ORGÁNICA 3/2021, de 24 de marzo, de Regulación de la Eutanasia. *Boletín Oficial del Estado*, n.º 72 (25 de marzo de 2021).



El equipo asistencial, englobado por el personal enfermero, se encarga de realizar la continuidad asistencial durante la solicitud y en el final de la vida¹³.

Por último, también es necesario contar con una Comisión de Garantía y Evaluación (CGyE), compuesta por personal de medicina, enfermería y juristas, para corroborar el cumplimiento de la LORE¹⁴.

En general, esta ley tiene como objetivo ofrecer asistencia a los pacientes con enfermedad grave e incurable y garantizar su dignidad y respetar su voluntad de poner fin a su situación. Es importante que la población reconozca la posibilidad de recurrir a esta normativa en aquellas situaciones graves que lo precisen, pero es aún más importante que los profesionales sanitarios, que representan a unos colectivos que participan de manera directa en el procedimiento, conozcan la legislación actual y el trámite que implica la solicitud de eutanasia. Para difundir nociones sobre este ámbito, el Gobierno de España, al igual que las diferentes comunidades autónomas que lo componen, en especial el Servicio Canario de Salud, que es el organismo institucional en cuestiones de la salud en la comunidad en que nos encontramos, en sus respectivas páginas web han diseñado diferentes guías educativas para la población general y, en particular, para la comunidad sanitaria. Podemos destacar el *Manual de buenas prácticas en eutanasia* (Ministerio de Sanidad) y la *Guía breve para la aplicación de la prestación de ayuda para morir* (Servicio Canario de Salud)¹⁵.

El sufrimiento y el dolor son dos de los síntomas más habituales en los cuidados terminales y, a su vez, son los que más preocupan a los pacientes que se encuentran en la etapa final de su vida.

Surge así la eutanasia, como un procedimiento de seguimiento por parte de un equipo multidisciplinar que asiste, informa y acompaña en los momentos finales, que concluye con la acción de poner fin a la vida en pacientes con enfermedades incurables.

En el año 2007 en España fallecieron 384 442 personas y se puede estimar que entre el 50% y el 60% lo hicieron tras recorrer una etapa patológica avanzada y terminal; diariamente fallecen 140 personas con sintomatología y sufrimiento evi-

¹³ LEY ORGÁNICA 3/2021, de 24 de marzo, de Regulación de la Eutanasia. *Boletín Oficial del Estado*, n.º 72 (25 de marzo de 2021). MINISTERIO DE SANIDAD. *Manual de buenas prácticas en eutanasia*. Madrid. Gobierno de España, Ministerio de Sanidad; 2021.

¹⁴ LEY ORGÁNICA 3/2021, de 24 de marzo, de Regulación de la Eutanasia. *Boletín Oficial del Estado*, n.º 72 (25 de marzo de 2021). MINISTERIO DE SANIDAD. *Manual de buenas prácticas en eutanasia*. Madrid. Gobierno de España, Ministerio de Sanidad; 2021.

¹⁵ MARCOS, A.M. y DE LA TORRE, J. *Y de nuevo la eutanasia. Una mirada nacional e internacional*. 1.ª ed. Madrid: Dykinson; 2019. MINISTERIO DE SANIDAD. *Manual de buenas prácticas en eutanasia*. Madrid. Gobierno de España, Ministerio de Sanidad; 2021. MINISTERIO DE SANIDAD [sede Web]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2022 [acceso 1 de abril de 2022]. Ley Orgánica de regulación de la eutanasia en España. Disponible en <https://www.sanidad.gob.es/eutanasia/home.htm>. SERVICIO CANARIO DE SALUD [sede Web]. Canarias: Servicio Canario de Salud; 2022 [acceso 1 de abril de 2022]. *Guía breve para la aplicación de la prestación de ayuda para morir* (PAM). Disponible en <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocumento=9bf1fa6a-eae1-11eb-8866-57e4c3942bc5&idCarpeta=61e907e3-d473-11e9-9a19-e5198e027117>.



table. En Canarias esta cifra es ligeramente superior (67%). A pesar de que en los últimos años se ha producido un aumento en la cantidad de profesionales dedicados a tiempo parcial en la atención al final de la vida, o en determinadas circunstancias durante su práctica asistencial habitual, se ha demostrado una notable ausencia de formación previa en médicos (15%), enfermeras (58,7%), psicólogos (25,8%) y trabajadores sociales (48,1%). De este modo, se ha demostrado que un conocimiento adecuado y una optimización en la puesta en práctica de los cuidados al final de la vida suponen un 61% de ahorro presupuestario¹⁶.

Debido a la entrada en vigor el 25 de junio de 2021 de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de Regulación de la Eutanasia, las diferentes Gerencias de los Centros Sanitarios públicos de Canarias han expuesto unos documentos en sus respectivas sedes web solicitando la voluntad de participación de diferentes profesionales sanitarios en el proceso, como individuos dispuestos a acompañar a los pacientes en sus últimos momentos¹⁷.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para minimizar el riesgo de sesgos en esta revisión de carácter sistemático, se han definido de forma previa las fuentes de obtención de los documentos, así como los criterios de búsqueda usados y los criterios de inclusión y exclusión (tabla 1), con la finalidad de depurar la selección de los archivos encontrados y, por consiguiente, poder abordar de manera más concreta los objetivos del estudio.

FILTROS DE BÚSQUEDA

La información necesaria para elaborar este estudio de investigación ha sido recopilada a través de diferentes bases de datos biomédicas, así como en otras fuentes de información propias del ámbito de la salud y de la ética, como Dialnet, Cuiden, Scopus, Medline, CINAHL, Cochrane, Scielo, el metabuscador oficial de la Universidad de La Laguna (Punto Q), el motor de búsqueda PubMed y la Biblioteca Virtual de la Salud, entre las fechas 6 de marzo de 2022 al 23 de marzo de 2022,

¹⁶ SERVICIO CANARIO DE LA SALUD [sede Web]. Canarias: SCS; 2018 [acceso 19 de mayo de 2022]. Estrategia en Cuidados Paliativos de Canarias 2018-2021; [77 pp.]. Disponible en https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/fc0c627a-9955-11e8-af08-1371a99b8da0/Estrategia_Cuidados_Paliativos_SCS.pdf. MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL [sede Web]. Madrid: MSPS; 2009 [acceso 19 de mayo de 2022]. Unidades de cuidados paliativos. Estándares y recomendaciones; [129 pp.]. Disponible en <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/cuidadospaliativos.pdf>.

¹⁷ LEY ORGÁNICA 3/2021, de 24 de marzo, de Regulación de la Eutanasia. *Boletín Oficial del Estado*, n.º 72 (25 de marzo de 2021).

TABLA 1. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
Presencia de la terminología «eutanasia» AND «profesionales de la salud» AND «conocimiento» o «euthanasia» AND «health personnel» AND «knowledge» en el título y/o resumen.	Estudios dirigidos a población general y pacientes.
Estudios enfocados a profesionales sanitarios.	Documentos en idiomas diferentes al español y/o inglés.
Análisis que evalúen el conocimiento del procedimiento general de la eutanasia, no únicamente su participación en el proceso o su aprobación.	Análisis centrados en el abordaje del final de la vida diferente al proceso de eutanasia.
Artículos en inglés y/o español.	Estudios con animales.
Publicados desde el año 2012 hasta el día 23-03-2022.	
Disponibilidad del texto completo.	
Investigaciones relacionadas sobre la temática objeto de estudio.	

estableciendo los siguientes criterios de búsqueda generales, tal y como queda detallado en la tabla 1:

- Documentos en inglés y español.
- Términos de búsqueda en español: «eutanasia» AND «profesionales de la salud» AND «conocimiento».
- Términos de búsqueda en inglés: «euthanasia» AND «health personnel» AND «knowledge».
- Publicados desde el año 2012 hasta el día 23-03-2022 (últimos 10 años).
- Disponibilidad del texto completo.

SELECCIÓN DE ESTUDIOS

Posteriormente, siguiendo los parámetros establecidos, con el fin de evitar la posible coexistencia de sesgos en el proceso, este fue realizado en tres fases.

En primer lugar, en la fase 1, se seleccionaron los artículos de las diferentes bases de datos que cumplían los criterios de inclusión y exclusión expuestos y, además, se realizó una lectura específica del título y del resumen de cada documento encontrado en las fuentes. Una vez recopilados los estudios de interés, se eliminaron aquellos que estuviesen duplicados en más de una base de datos para obtener un número real de artículos que se encontrasen disponibles en el conjunto de todas las fuentes usadas.



A continuación, en la fase 2 se efectuó una lectura completa y en profundidad de los documentos elegidos, descartando aquellos que no se centraran en evaluar los conocimientos de los profesionales.

Finalmente, la fase 3 abarca la evaluación de la calidad de los artículos mediante el uso de dos escalas de valoración (PRISMA y STROBE). Estas herramientas no se utilizaron con el objetivo de descartar aquellos estudios con una puntuación más baja, sino exclusivamente para detallar la calidad metodológica de los artículos incluidos en la revisión.

EVALUACIÓN DE SESGOS

Teniendo en cuenta que el presente documento pretende realizar una revisión de carácter sistemático de la literatura sobre la preparación de los profesionales sanitarios frente al proceso de eutanasia, hay que destacar que su elaboración ha sido inspirada en la Declaración Prisma, cuyo objetivo principal es garantizar la validez en la redacción de las revisiones sistemáticas y metaanálisis, y en las recomendaciones STROBE para los estudios observacionales descriptivos incluidos en el documento.

Asimismo, para evaluar la calidad de los estudios seleccionados, se han usado de referencia estas dos escalas de reconocido valor en la evaluación de la validez bibliográfica (escala PRISMA y escala STROBE). A pesar de que son herramientas poco específicas en la evaluación del conocimiento sobre el final de la vida, permiten identificar aquellos documentos de mayor calidad metodológica, lo que nos aporta mayor fiabilidad en la elaboración de esta revisión.

RESULTADOS

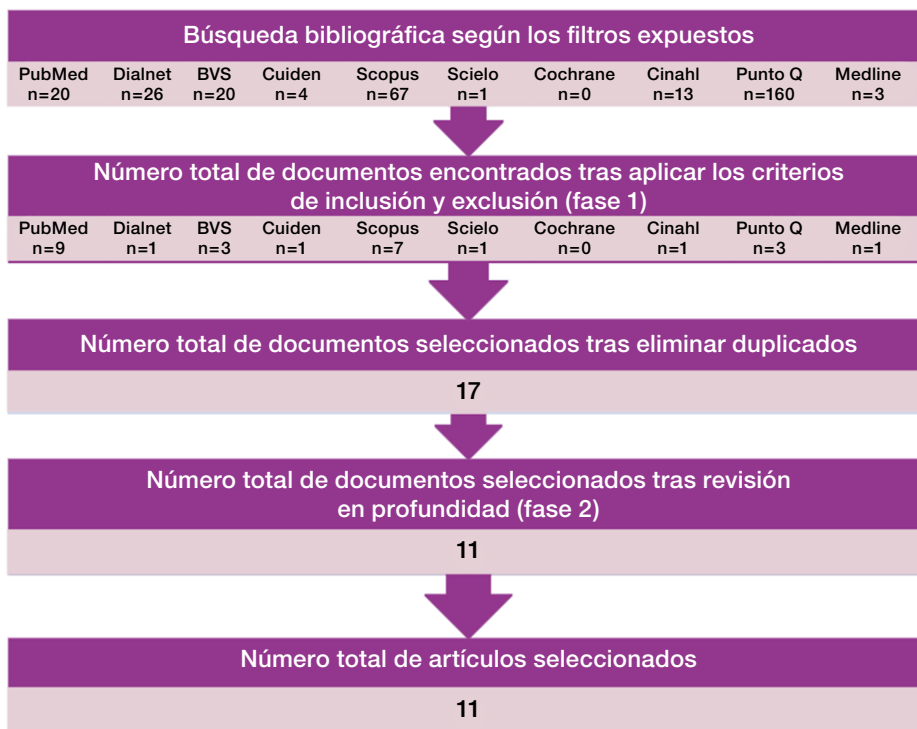
La estrategia de la búsqueda bibliográfica realizada permitió hallar varios resultados de especial relevancia para nuestro tema de estudio. Así pues, a continuación, los archivos encontrados se analizarán, en primera instancia, expresando los resultados obtenidos en las bases de datos, posteriormente, detallando la calidad de cada artículo examinado siguiendo las escalas descritas para identificar aquellos de mayor validez metodológica y, por último, exponiendo los resultados de los artículos analizados.

SELECCIÓN DE ESTUDIOS

Tras realizar la búsqueda en base a los parámetros definidos en la metodología, se obtuvieron un total de 314 artículos, tal y como queda expresado en la tabla 2. Una vez que se aplicaron los criterios de inclusión y de exclusión y se eliminaron los archivos duplicados, esta cifra quedó establecida en un total de 17 artículos. Posteriormente, tras realizar la lectura completa de cada uno de ellos, se decidió descartar 6 documentos; 5 de ellos al no abordar de manera directa el conocimiento



TABLA 2. BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA



que tienen los profesionales de la salud sobre la eutanasia, y el artículo restante por no cumplir los parámetros de un documento científico. Por este motivo, finalmente se seleccionaron 11 estudios para este trabajo. Hay que destacar la fuente de datos Cochrane, pues se descartó desde un inicio al no reflejar ningún resultado relevante.

Así pues, entre los artículos seleccionados, se cuenta con 2 revisiones sistemáticas y 9 estudios transversales observacionales en los que abordan los conocimientos de diferentes especialistas sanitarios sobre la eutanasia.

CALIDAD DE LOS ESTUDIOS

Siguiendo las recomendaciones PRISMA y STROBE, para las revisiones sistemáticas y para los estudios de tipo transversal observacional, respectivamente, se evaluaron los artículos incluidos en el presente documento. Cada estudio fue revisado de manera individual y, a continuación, se exponen los resultados obtenidos.

Como se puede apreciar en la tabla 3, todos los artículos incluidos en este estudio han sido clasificados metodológicamente en las categorías «Excelente» y





TABLA 3. CLASIFICACIÓN DE LA CALIDAD DE LOS ESTUDIOS

	EXCELENTE	MODERADO	ACEPTABLE
PRISMA	-	Crusat Abelló (2021) ²¹ Arif Husain (2019) ²⁷	-
STROBE	Demedts (2017) ²² Chen (2016) ³⁷ Gu (2016) ³⁰ Marcous (2015) ³³ Pinto (2020) ³¹ Bogado (2020) ²⁹	Wilson (2019) ²⁶ De Hert (2015) ²⁰	López Matons (2022) ¹⁸

TABLA 4. LEYENDA DE LA TABLA DE CALIDAD DE LOS ARTÍCULOS EN ESTUDIO

	EXCELENTE	MODERADO	ACEPTABLE
PRISMA	27-22	21-15	15-0
STROBE	22-19	18-14	14-0

«Moderado», a excepción del desarrollado por López Matons (2022)¹⁸. Este artículo corresponde a una carta dirigida al editor, de manera que se considera adecuado para este trabajo al abordar la preparación de los profesionales de la salud, aunque su estructura metodológica difiera en cierto modo de los estándares de máxima calidad. Por su parte, las dos revisiones sistemáticas evaluadas obtuvieron una puntuación de validez moderada.

En general, los resultados obtenidos en relación con la validez metodológica garantizan la obtención de datos estadísticamente significativos.

CARACTERÍSTICAS DE LOS ESTUDIOS

Se ha realizado una síntesis esquemática de los resultados obtenidos en los estudios analizados, tal y como queda reflejado en la tabla 5.

De los 11 artículos incluidos en esta revisión (tablas 3 y 5), seis (54,55%) tratan sobre el procedimiento de la eutanasia y la implicación de los profesionales sanitarios, tres (27,27%) enfocan la adecuación a la terminología frecuentemente utilizada en el final de la vida y los dos restantes (18,18%) se centran en los conocimientos profesionales de las repercusiones legales de esta práctica.

¹⁸ LÓPEZ MATONS, N. «Ley de regulación de la eutanasia: perspectiva de los profesionales asistenciales». *Gac. Sanit.* 2022; 36 (1): 85-92.

TABLA 5. CARACTERÍSTICAS GENERALES DE LOS ESTUDIOS EN REVISIÓN

REFERENCIA	LOCALIZACIÓN	TIPO DE ESTUDIO	MUESTRA	DURACIÓN	INTERVENCIÓN/VARIABLES DEL RESULTADO	RESULTADOS OBTENIDOS	CALIDAD SEGÚN PRISMA/STROBE
Demedts (2017)	Bélgica	Cuantitativo descriptivo multicéntrico	133 enfermeras de unidades de salud mental	Marzo-abril 2014	Determinar las actitudes, el papel y los conocimientos de las enfermeras de salud mental frente a la eutanasia por sufrimiento mental insupportable.	<ul style="list-style-type: none"> - El 91% de las enfermeras encuestadas se ve capacitada para abordar una petición de eutanasia en situaciones de sufrimiento mental insupportable. Asimismo, el 60% siente que forma parte del procedimiento junto a otros profesionales. - El 65% considera que existe una falta de información, conocimientos y/o habilidades para abordar la eutanasia en pacientes con patología psiquiátrica. - Por su parte, el 66% de las enfermeras expresa la ausencia de guías clínicas en su centro de trabajo que ayuden en la asistencia frente a esta situación. - Siguiendo esta línea, el 38% manifiesta haber sido formada en sus estudios en relación con la eutanasia en casos de patología mental. - El 99% expone la necesidad de tratar la eutanasia en el ámbito psiquiátrico en los estudios universitarios. 	Excelente
Crusat Abelló (2021)	Barcelona España	Revisión sistemática	3571 enfermeras nacionales e internacionales	Enero 2012-septiembre 2019	Revisar la evidencia disponible sobre actitudes y conocimientos que tienen las enfermeras en torno a la eutanasia.	<ul style="list-style-type: none"> - Las enfermeras se muestran con actitud positiva hacia la práctica de la eutanasia en todos los estudios evaluados. - En los países donde la eutanasia está legalizada (hasta el momento: Países Bajos, Luxemburgo, Canadá y Bélgica) el personal de enfermería se ve preparado al gestionar una solicitud de eutanasia, pero coinciden en la necesidad de más información y formación para adecuar sus conocimientos y habilidades para mejorar su abordaje y gestión. - En los países donde la eutanasia no está legalizada, no existe consenso en el nivel general de conocimientos de las enfermeras. Asimismo, describen la necesidad de más información y formación para realizar mejores abordajes. - La mayoría de las enfermeras estudiadas coinciden en que el vacío de conocimiento se debe al déficit de formación en los estudios universitarios. 	Moderado



De Hert (2015)	Chen (2016)	Wilson (2019)	Arif Husain (2019)
Bélgica	China	Alberta (Canadá)	Nueva Delhi
Cuantitativo descriptivo	Transversal descriptivo	Transversal descriptivo	Revisión sistemática
627 enfermeras de unidades de salud mental	223 médicos oncólogos	282 ciudadanos de Alberta (115 de ellos se identificaron como profesionales sanitarios)	No se especifica la muestra
Año 2015 (no se especifican tramos)	Año 2016 (no se especifican tramos)	4 meses entre 2017 y 2018	Año 2017 (no se especifican tramos)
Proporcionar información sobre las actitudes y acciones tomadas por las enfermeras psiquiátricas cuando se enfrentan a la solicitud de eutanasia de un paciente con trastorno mental insoportable.	Identificar la actitud de los oncólogos chinos frente a la legalización y la implementación de la muerte con dignidad.	Conocer las necesidades educacionales tras dos años de la implantación legal de la asistencia médica en el final de la vida en la provincia de Alberta.	Valorar el nivel de conocimiento y la actitud con respecto a la eutanasia por parte del personal sanitario.
<ul style="list-style-type: none"> Más del 80% de las enfermeras se ven capaces de participar y debatir ante una petición de eutanasia. Sin embargo, el 71% manifiesta no tener suficiente formación, información y habilidades para su abordaje. Aunque el 99% considera importante incluir la enseñanza del proceso de eutanasia y las habilidades para asistirlo en los estudios de salud mental, únicamente el 30% expone haber sido adiestrada al respecto durante su formación en psiquiatría. 	<ul style="list-style-type: none"> Cerca del 70% ha recibido solicitudes de muerte con dignidad de pacientes oncológicos terminales. A pesar de estar familiarizados con la terminología «muerte con dignidad», el 21,1% no conoce la diferencia con la eutanasia. Se considera necesario formar al personal médico en el final de la vida. Asimismo, refleja la importancia de desarrollar estudios en el futuro que engloben a las enfermeras, los propios pacientes y sus familiares. 	<ul style="list-style-type: none"> Entre el 80% y el 82% de los sanitarios encuestados ha brindado cuidados en el final de la vida durante su actividad asistencial. Por su parte, el 87% conoce las fuentes bibliográficas informativas sobre la asistencia médica en el final de la vida y sabe identificar los sujetos susceptibles de su solicitud, pero únicamente el 41,4% puede concretar el momento del inicio terapéutico. Existe mayor conocimiento por parte de los profesionales de la salud que de la población general, probablemente debido a desempeño laboral e interés individual. Asimismo, el 90,5% de los profesionales y el 87,8% de la población general coinciden en la importancia y en la necesidad de la formación en este sector. 	<ul style="list-style-type: none"> El 70% de los estudios analizados reflejan la necesidad de mejorar los conocimientos del personal sanitario. Expresa la poca bibliografía existente sobre la actitud y el conocimiento frente al final de la vida y, en especial, a la eutanasia. Recomienda formar en la atención a la eutanasia desde los estudios universitarios de enfermería.
Moderado	Excelente	Moderado	Moderado

López Matons (2022)	Pinto (2020)	Marcoux (2015)	Gu (2016)
Barcelona (España)	Mozambique	Quebec (Canadá)	China
Descriptivo	Transversal descriptivo	Transversal descriptivo	Transversal descriptivo
170 profesionales de la salud	207 médicos	271 profesionales de la salud (médicos y enfermeras)	138 médicos oncólogos
21 junio 2021-29 junio 2021	Agosto 2018-enero 2019	Septiembre 2012-enero 2013	Año 2016 (no se especifican tramos)
Conocer la perspectiva de los profesionales asistenciales frente a la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de Regulación de la Eutanasia (LORE).	Evaluar el conocimiento general, las actitudes y la práctica de los médicos de Mozambique sobre los cuidados paliativos.	Determinar la comprensión de los profesionales de la salud del estado legal actual de las diferentes prácticas al final de la vida.	Analizar los conocimientos, las actitudes y la práctica de los oncólogos con respecto a los cuidados paliativos y el final de la vida.
<ul style="list-style-type: none"> - A pesar de que el 93,5% se muestra a favor de su aprobación, solamente el 32,4% expresa conocer en gran medida la LORE. 	<ul style="list-style-type: none"> - Únicamente el 25% supo responder correctamente las 5 preguntas sobre conocimientos generales en el final de la vida. El resto de los participantes respondió correctamente entre el 55,7% y el 94,1% de ellas. - El 89,4% considera estar familiarizado con la eutanasia. - El 66,7% sabe identificar la eutanasia activa. - El 65,3% conoce la eutanasia pasiva. - El 38,8% identifica el suicidio médicamente asistido. - El 51,3% reconoce la sedación paliativa. - Únicamente el 24% de los participantes manifiesta diferenciar los conceptos anteriores. 	<ul style="list-style-type: none"> - El 53,9% de los participantes no conoce el estado legal de las prácticas habitualmente empleadas en el final de la vida. - Existen diferencias significativas entre los dos colectivos profesionales. Hay un 25% más de desconocimiento en las enfermeras. - Se debe fomentar la formación de los profesionales de la salud en las implicaciones legales de los cuidados al final de la vida. 	<ul style="list-style-type: none"> - La mayoría de los oncólogos no están familiarizados con la terminología empleada en el final de la vida (85,5%). - El 77,5% conoce qué es la eutanasia. - El 45,7% expresa saber qué es la eutanasia activa. - El 31,9% identifica la eutanasia pasiva. - El 24,6% sabe en qué consiste el suicidio médicamente asistido. - El 31,9% reconoce la sedación paliativa.
Aceptable	Excelente	Excelente	Excelente



Bogado (2020)	
San Lorenzo (Paraguay)	
Transversal descriptivo	
300 profesionales sanitarios y estudiantes de fisioterapia y medicina	
Febrero-marzo 2020	
Valorar la actitud y el conocimiento de profesionales sanitarios y de estudiantes sobre el suicidio asistido y la eutanasia.	
	<ul style="list-style-type: none"> - El 97,3% expone conocer la eutanasia, aunque el - El 10% ha sido participe de manera directa en el abordaje de una situación de este tipo. - Asimismo, se expresa que, aunque casi la totalidad de los participantes refiere conocer este término, existen estudios que manifiestan que cerca del 20% sabe definirla de manera precisa.
	Excelente

Por su parte, siguiendo la idea expuesta por Demedts (2017)¹⁹, De Hert (2015)²⁰ y Crusat Abelló (2021)²¹, la mayoría de las enfermeras incluidas en sus respectivos estudios manifiestan sentirse capaces de asistir a los pacientes en la etapa final de la vida, aunque este último difiere de un consenso general dependiendo de la aprobación legal de la eutanasia en cada región, denotando mayor conocimiento en los países en los que se encuentra legalizada frente a los que no. Wilson (2019)²² concluye de manera similar su investigación, si bien su diseño no especifica la categoría profesional de los encuestados. No obstante, a pesar de que Demedts (2017)²³ y De Hert (2015)²⁴ exponen en sus documentos una preparación en la formación de especialidad psiquiátrica previa en el 38% y el 30% de su muestra, respectiva-

¹⁹ DEMEDTS, D., ROELANDS, M., LIBBRECHT, J. y BILSEN, J. «The attitudes, role & knowledge of mental health nurses towards euthanasia because of unbearable mental suffering in Belgium: A pilot study». *J. Psychiatr. Ment. Health. Nurs.* 2018; 25 (1): 400-410.

²⁰ DE HERT, M., VAN BOS, L., SWEERS, K., WAMPERS, M., DE LEPELEIRE, J. y CORRELL, C.U. «Attitudes of Psychiatric Nurses about the Request for Euthanasia on the Basis of Unbearable Mental Suffering (UMS)». *PLoS ONE.* 2015; 10 (12): 1-13.

²¹ CRUSAT ABELLÓ, E. y FERNÁNDEZ ORTEGA, P. «Conocimientos y actitudes de las enfermeras en torno a la eutanasia a nivel internacional y nacional: revisión de la literatura». *Enferm. Clínica.* 2021; 31 (5): 268-282.

²² DEMEDTS, D., ROELANDS, M., LIBBRECHT, J. y BILSEN, J. «The attitudes, role & knowledge of mental health nurses towards euthanasia because of unbearable mental suffering in Belgium: A pilot study». *J. Psychiatr. Ment. Health. Nurs.* 2018; 25 (1): 400-410.

²³ *Ibidem.*

²⁴ DE HERT, M., VAN BOS, L., SWEERS, K., WAMPERS, M., DE LEPELEIRE, J. y CORRELL, C.U. «Attitudes of Psychiatric Nurses about the Request for Euthanasia on the Basis of Unbearable Mental Suffering (UMS)». *PLoS ONE.* 2015; 10 (12): 1-13.

mente, coinciden junto con Crusat Abelló (2021)²⁵, Wilson (2019)²⁶ y Arif Husain (2019)²⁷ en la necesidad de incluir sesiones formativas en los estudios universitarios al asociar el déficit de preparación con la ausencia de formación previa y con la poca bibliografía existente sobre la actitud y el conocimiento frente al final de la vida, especialmente a la eutanasia. Asimismo, según Demedts (2017)²⁸, una cifra superior al 60% expresa un déficit de guías clínicas de actuación frente al final de la vida en sus centros de trabajo.

Si bien, a pesar de que Bogado (2020)²⁹ incluyó en su análisis las aportaciones de estudiantes de fisioterapia y medicina, además de profesionales sanitarios de todos los ámbitos, obtuvo un 97,3% de conocimiento de la eutanasia por parte de sus integrantes. No obstante, aunque en su diseño no se incluye ninguna variable que realmente valore los conocimientos, el propio autor refleja la poca fiabilidad de este hallazgo al detectar resultados similares en otros estudios en los que de manera posterior al cuestionario se ha solicitado una definición concisa y clara de la eutanasia, obteniendo una cifra dispar a la encontrada en una primera instancia.

En relación con el uso adecuado de la terminología del final de la vida, tanto Gu (2016)³⁰ como Pinto (2020)³¹ obtuvieron como resultados de sus correspondientes estudios una ausencia de familiarización por parte del personal facultativo especializado en oncología y cuidados paliativos con la nomenclatura habitualmente empleada en la asistencia al final de la vida: 85% y 75%, respectivamente. Pese a que una cifra superior al 75% en ambos análisis manifiesta conocer la eutanasia, esta se va reduciendo conforme se incluyen otros términos, como el 45,7% y el 66,7%, que sabe identificar la eutanasia activa, el 31,9% y el 65,3%, que conoce la eutanasia pasiva, el 31,9% y el 51,3% que reconocen la sedación paliativa, y el 24,6% y el 38,8%, que identifican el suicidio médicamente asistido, respectivamente. Así

²⁵ CRUSAT ABELLÓ, E. y FERNÁNDEZ ORTEGA, P. «Conocimientos y actitudes de las enfermeras en torno a la eutanasia a nivel internacional y nacional: revisión de la literatura». *Enferm. Clínica*. 2021; 31 (5): 268-282.

²⁶ WILSON, D.M., TRISCOTT, J.A.C., COHEN, J. y MACLEOD, R. «Educational needs of healthcare professionals and members of the general public in Alberta Canada, 2 years after the implementation of medical assistance in dying». *Health Soc. Care Community*. 2019; 27 (1): 1295-1302.

²⁷ ARIF HUSAIN, M., MOHAMMAD, I., NAGESHWAR, V. y SRIDHAR, K.M.K. «Does Knowledge and Attitude is Needed Regarding Euthanasia in Clinical Course? A Narrative Review Based on an Available Literature». *Medico Legal Update*. 2019; 19 (1): 56-60.

²⁸ DEMEDTS, D., ROELANDS, M., LIBBRECHT, J. y BILSEN, J. «The attitudes, role & knowledge of mental health nurses towards euthanasia because of unbearable mental suffering in Belgium: A pilot study». *J. Psychiatr. Ment. Health Nurs*. 2018; 25 (1): 400-410.

²⁹ BOGADO, F. «Conocimientos y actitudes acerca de la eutanasia y el suicidio asistido en estudiantes y profesionales del área de salud del Hospital de Clínicas, San Lorenzo, Paraguay». *Med. Clín Soc*. 2020; 4 (1): 10-17.

³⁰ GU, X. y CHENG, W. «Chinese oncologists' knowledge, attitudes and practice towards palliative care and end of life issues». *B.M.C. Medical Education*. 2016; 16 (1): 149.

³¹ PINTO, E., MARCOS, G., WALTERS, C., GONÇALVES, F., SACARIAL, J., CASTRO, L. *et al.* «Palliative care in Mozambique: Physicians' knowledge, attitudes and practices». *PLoS ONE*. 15 (8): 1-11.



pues, el 70% de los oncólogos incluidos en el estudio de Chen (2016)³² ha recibido peticiones directas de solicitud de muerte con dignidad y libre de sufrimiento, pero el 21,1% no es capaz de diferenciar este término de la eutanasia. Al igual que los estudios previamente expuestos, coincide en la idea de formar a los profesionales de la salud en el final de la vida, además de resaltar la importancia de desarrollar estudios en el futuro que engloben no solo a los profesionales de la salud, sino también a los propios pacientes y sus familias.

Centrándonos en las implicaciones legales del proceso de la eutanasia, un artículo publicado en Canadá por Marcoux (2015)³³ refleja el desconocimiento en el 53,9% de los profesionales sanitarios en el estado legal de las prácticas habitualmente empleadas en la atención al final de la vida, además de acentuar la necesidad formativa en este ámbito. Por su parte, la carta al director formulada por López Matons (2022)³⁴ en Barcelona manifiesta la ratificación por parte del 97,3% de los profesionales de la salud de la entrada en vigor el 25 de junio de 2021 de la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de Regulación de la Eutanasia (LORE), pero también refleja su desconocimiento en el 67,6% de ellos³⁵.

DISCUSIÓN

Como ya hemos visto, la etapa final de la vida se encuentra inmersa en una esfera de dolor, incertidumbre y gran vulnerabilidad, donde impera la necesidad de velar por la seguridad y la calidad de vida de los últimos momentos de las personas y de respetar su voluntad de decisión. Dentro del gran desconocimiento social y, especialmente sanitario, en torno al procedimiento de eutanasia de poner fin a la vida en aquellas situaciones de enfermedad incurable, que, según la Sociedad Española de Cuidados Paliativos consisten en «la presencia de una enfermedad avanzada y progresiva, en ausencia de posibilidades razonables de respuesta al tratamiento específico, con la aparición de numerosos problemas físicos, multifactoriales y cambiantes que generan gran impacto emocional en el paciente, la familia y el equipo terapéutico como consecuencia de la presencia explícita o no de la muerte y con un pronóstico de vida limitado», surge así la Ley Orgánica 3/2021, de 24 de marzo, de regulación de la eutanasia (LORE), que pretende orientar la actuación

³² GU, X. y CHENG, W. «Chinese oncologists' knowledge, attitudes and practice towards palliative care and end of life issues». *B.M.C. Medical Education*. 2016; 16 (1): 149.

³³ MARCOUX, I., BOIVIN, A., ARSENAULT, C., TOUPIN, M. y YOUSSEF, J. «Health care professionals' comprehension of the legal status of end-of-life practices in Quebec». *Can. Fam. Physician*. 2015; 61 (4): 196-203.

³⁴ LÓPEZ MATONS, N. «Ley de regulación de la eutanasia: perspectiva de los profesionales asistenciales». *Gac. Sanit.* 2022; 36 (1): 85-92.

³⁵ LEY ORGÁNICA 3/2021, de 24 de marzo, de Regulación de la Eutanasia. *Boletín Oficial del Estado*, n.º 72 (25 de marzo de 2021).

de los profesionales sanitarios para asistir de manera más digna a las personas en el proceso de morir³⁶.

Centrándonos en los objetivos propuestos para esta revisión de la literatura, el propósito principal planteado pretende estudiar el conocimiento de los profesionales sanitarios en relación con el tema de la eutanasia. La evidencia científica estudiada, en su gran mayoría compuesta por enfermeras, afirma de manera general que, a pesar de que gran parte de los profesionales tienen actitud positiva frente a su colaboración en el proceso, e incluso una cifra considerable de los profesionales desempeñan su labor asistencial en la rama del cuidado al final de la vida, se necesitan promover mayor cantidad de actividades formativas en este ámbito, debido principalmente al inevitable envejecimiento poblacional, a la coexistencia de pluriopatologías en los individuos y a la importancia de abordar de manera respetuosa los últimos momentos vitales. Casi la totalidad de los estudios revisados coinciden en la necesidad de incluir en los planes de estudios universitarios materias que aborden el final de la vida y que resalten la importancia de la eutanasia, especialmente tras la puesta en vigor de la LORE. Asimismo, en sus respectivos estudios, Chen (2016)³⁷ y Wilson (2019)³⁸ también exponen la divulgación científica no solo enfocada hacia los profesionales sanitarios, sino de manera general a la población, lo que puede producir una mayor seguridad en el paciente y sus familias, además de hacerlos más partícipes en el proceso y más conscientes de la situación.

Si bien estudios como el diseñado por este último autor manifiestan un elevado conocimiento de las fuentes bibliográficas de obtención de datos por parte de los profesionales de la salud, pero resulta de suma importancia fomentar su uso para garantizar una atención actualizada y basada en la última evidencia científica.

En relación con la bibliografía estudiada sobre la terminología frecuentemente empleada en el final de la vida, se objetivó una gran dificultad en su determinación por parte de los profesionales médicos de la salud, especialmente en los

³⁶ LEY ORGÁNICA 3/2021, de 24 de marzo, de Regulación de la Eutanasia. *Boletín Oficial del Estado*, n.º 72 (25 de marzo de 2021). BOGADO, F. «Conocimientos y actitudes acerca de la eutanasia y el suicidio asistido en estudiantes y profesionales del área de salud del Hospital de Clínicas, San Lorenzo, Paraguay». *Med Clin Soc*. 2020; 4 (1): 10-17. RODRIGUES GOMES, A.M. «El cuidador y el enfermo en el final de la vida-familia y/o persona significativa». *Enferm. glob*. 2010; 18 (1). RODRÍGUEZ CRUZ, O. y EXPÓSITO CONCEPCIÓN, M.Y. «La enfermera y los cuidados al final de la vida». *Rev. Cubana Enfermer*. 2018; 34 (4).

³⁷ CHEN, H., HUANG, B., YI, T., DENG, Y.T., LIU, J., CHANG, J. *et al.* «Attitudes of Chinese Oncology Physicians Toward Death with Dignity». *J. Palliat. Med*. 2016; 19 (8): 874-878.

³⁸ WILSON, D.M., TRISCOTT, J.A.C., COHEN, J. y MACLEOD, R. «Educational needs of healthcare professionals and members of the general public in Alberta Canada, 2 years after the implementation of medical assistance in dying». *Health Soc. Care Community*. 2019; 27 (1): 1295-1302.



análisis expuestos por Gu (2016)³⁹, Pinto (2020)⁴⁰ y Chen (2016)⁴¹. Si bien, aunque hay más conceptos utilizados, en los documentos valorados se contempló el uso de la «muerte con dignidad», que hace referencia a la consideración del paciente y el respeto de su voluntad hasta el momento de su muerte; el suicidio médicamente asistido, que recoge la autoadministración de un paciente de determinados fármacos para poner fin a su vida, con la asistencia previa de un médico que se los prescriba y siempre que cumpla unos determinados requisitos; la sedación paliativa, que consiste en la administración de fármacos en dosis concretas para disminuir el sufrimiento ocasionado por varios síntomas refractarios; y, por último, la eutanasia, tanto activa como pasiva, que desde el punto de vista de un análisis ético no presenta relevancia, pues la eutanasia entendida como una conducta intencional para poner fin a la vida de otra persona se puede producir mediante la acción y también por medio de la omisión. Si bien el uso de la eutanasia «activa» y «pasiva» puede resultar muy atractiva a la par que confusa⁴².

Por su parte, probablemente debido a la actualidad de la temática en cuestión, no resulta sencillo hallar evidencia científica actualizada sobre el conocimiento de los profesionales sanitarios con respecto a la legislación de la eutanasia en Europa. No obstante, Marcoux (2015)⁴³ en Canadá y López Matons (2022)⁴⁴ en España resaltaron una falta de conocimiento en más del 50% de los profesionales en la legislación vigente, lo que demuestra la necesidad de formación en este sentido.

A pesar de la reducida cifra de documentos incluidos que cumplían los criterios de inclusión y exclusión y se adecuaban a la temática principal de este análisis, en su mayoría coinciden en la importancia de formar a los profesionales de la salud en la eutanasia (en su procedimiento, en los aspectos legales y en las estrategias de abordaje) y en la terminología relacionada con el final de la vida.

³⁹ GU, X. y CHENG, W. «Chinese oncologists' knowledge, attitudes and practice towards palliative care and end of life issues». *B.M.C. Medical Education*. 2016; 16 (1): 149.

⁴⁰ PINTO, E., MARCOS, G., WALTERS, C., GONÇALVES, F., SACARIAL, J., CASTRO, L. *et al.* «Palliative care in Mozambique: Physicians' knowledge, attitudes and practices». *PLoS ONE*. 15 (8): 1-11.

⁴¹ CHEN, H., HUANG, B., YI, T., DENG, Y.T., LIU, J., CHANG, J. *et al.* «Attitudes of Chinese Oncology Physicians Toward Death with Dignity». *J. Palliat. Med.* 2016; 19 (8): 874-878.

⁴² LIBRADA FLORES, S. «Grupo de Trabajo de la SECPAL de Comunidades Compasivas al final de la vida». *Med. Paliat.* 2017; 24 (3): 115-116. GÓMEZ SANCHO, M., ALTISENT TROTA, R., BÁTIZ CANTERA, J., CIPRÉS CASASNOVAS, L., GÁNDARA DEL CASTILLO, A., HERRANZ MARTÍNEZ, J.A. *et al.* *Atención Médica al final de la vida: conceptos y definiciones*. Madrid: Organización Médica Colegial y Sociedad Española de Cuidados Paliativos; 2015.

⁴³ MARCOUX, I., BOIVIN, A., ARSENAULT, C., TOUPIN, M. y YOUSSEF, J. «Health care professionals' comprehension of the legal status of end-of-life practices in Quebec». *Can. Fam. Physician*. 2015; 61 (4): 196-203.

⁴⁴ LÓPEZ MATONS, N. «Ley de regulación de la eutanasia: perspectiva de los profesionales asistenciales». *Gac. Sanit.* 2022; 36 (1): 85-92.

CONCLUSIONES

- Hay una limitada evidencia científica en lo relativo al conocimiento sobre eutanasia.
- En su mayoría, los resultados encontrados se centran en la percepción de profesionales de medicina y enfermería, por lo que sería conveniente realizar nuevos estudios que contemplen el resto de las profesiones sanitarias.
- A pesar de la predisposición de participar en el proceso por parte de los profesionales sanitarios, existe un amplio desconocimiento teórico y práctico en lo relativo a las habilidades del abordaje de la eutanasia.
- Asimismo, existe gran dificultad en la distinción de los términos habitualmente empleados en el final de la vida.
- Hay una ausencia de información y formación sobre las connotaciones legales del proceso.
- Sería conveniente diseñar programas formativos no solo en lo relativo a la eutanasia, sino desde el conjunto de los cuidados al final de la vida, para distribuirlos entre los profesionales.
- Siguiendo la propuesta general de los artículos encontrados, debería incluirse la eutanasia dentro de los programas formativos de los estudios universitarios para las profesiones sanitarias, para garantizar su conocimiento desde antes de su participación asistencial laboral.
- En definitiva, se deberían diseñar más investigaciones relacionadas con la preparación de los profesionales frente a la eutanasia.

RECIBIDO: 10/7/2022: ACEPTADO: 3/11/2022



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALTISENT TROTA, R., PORTA I SALES, J., RODELES DEL POZO, R., GISBERT AGUILAR, A., LONCAN VIDAL, P., MUÑOS SÁNCHEZ, D. *et al.* «Declaración sobre la eutanasia de la Sociedad Española de Cuidados Paliativos». *Med. Paliat.* 2002L; 9 (1): 37-40.
- ARIF HUSAIN, M., MOHAMMAD, I., NAGESHWAR, V. y SRIDHAR, K.M.K. «Does Knowledge and Attitude is Needed Regarding Euthanasia in Clinical Course? A Narrative Review Based on an Available Literature». *Medico Legal Update.* 2019; 19(1): 56-60.
- BARBERO GUTIÉRREZ, J., ROMEO CASABONA, C., GIJÓN, P. y JÚDEZ, J. «Limitación del esfuerzo terapéutico». *Med. Clin.* 2001; 117(5): 586-594.
- BOGADO, F. «Conocimientos y actitudes acerca de la eutanasia y el suicidio asistido en estudiantes y profesionales del área de salud del Hospital de Clínicas, San Lorenzo, Paraguay». *Med. Clín. Soc.* 2020; 4 (1): 10-17.
- CARRASCO, V.H. y CRISPI, M.F. «Eutanasia en Chile: una discusión pendiente». *Rev. Med. Chile.* 2016; 144 (12): 1598-1604.
- CHEN, H., HUANG, B., YI, T., DENG, Y.T., LIU, J., CHANG, J. *et al.* «Attitudes of Chinese Oncology Physicians Toward Death with Dignity». *J. Palliat. Med.* 2016; 19 (8): 874-878.
- CRUSAT ABELLÓ, E. y FERNÁNDEZ ORTEGA, P. «Conocimientos y actitudes de las enfermeras en torno a la eutanasia a nivel internacional y nacional: revisión de la literatura». *Enferm. Clínica.* 2021; 31 (5): 268-282.
- DE HERT, M., VAN BOS, L., SWEERS, K., WAMPERS, M., DE LEPELEIRE, J. y CORRELL, C.U. «Attitudes of Psychiatric Nurses about the Request for Euthanasia on the Basis of Unbearable Mental Suffering (UMS)». *PLoS ONE.* 2015; 10 (12): 1-13.
- DEMEDTS, D., ROELANDS, M., LIBBRECHT, J. y BILSEN, J. «The attitudes, role & knowledge of mental health nurses towards euthanasia because of unbearable mental suffering in Belgium: A pilot study». *J. Psychiatr. Ment. Health. Nurs.* 2018; 25 (1): 400-410.
- FERNÁNDEZ MARTÍNEZ, E., FERNÁNDEZ MUÑOZ, J.J., ROMERO BLANCO, C., PARRA FERNÁNDEZ, M.L. y ONIEVA ZAFRA, M.D. «Spanish Version of the Attitude Towards Euthanasia Scale». *Int. J. Environ Res. Public Health.* 2020; 17 (11): 3855.
- GÓMEZ SANCHO, M., ALTISENT TROTA, R., BÁTIZ CANTERA, J., CIPRÉS CASASNOVAS, L., GÁNDARA DEL CASTILLO, A., HERRANZ MARTÍNEZ, J.A. *et al.* *Atención Médica al final de la vida: conceptos y definiciones.* Madrid: Organización Médica Colegial y Sociedad Española de Cuidados Paliativos; 2015.
- GU, X. y CHENG, W. «Chinese oncologists' knowledge, attitudes and practice towards palliative care and end of life issues». *B.M.C. Medical Education.* 2016; 16 (1): 149.
- LEY ORGÁNICA 3/2021, de 24 de marzo, de Regulación de la Eutanasia. *Boletín Oficial del Estado*, n.º 72 (25 de marzo de 2021).
- LIBRADA FLORES, S. «Grupo de Trabajo de la SECPAL de Comunidades Compasivas al final de la vida». *Med. Paliat.* 2017; 24 (3): 115-116.
- LÓPEZ MATONS, N. «Ley de regulación de la eutanasia: perspectiva de los profesionales asistenciales». *Gac. Sanit.* 2022; 36 (1): 85-92.
- MARCOS, A.M. y DE LA TORRE, J. *Y de nuevo la eutanasia. Una mirada nacional e internacional.* 1.ª ed. Madrid: Dykinson; 2019.



- MARCOUX, I., BOIVIN, A., ARSENAULT, C., TOUPIN, M. y YOUSSEF, J. «Health care professionals' comprehension of the legal status of end-of-life practices in Quebec». *Cam. Fam. Physician*. 2015; 61 (4): 196-203.
- MINISTERIO DE SANIDAD [sede Web]. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2022 [acceso 1 de abril de 2022]. Ley Orgánica de regulación de la eutanasia en España. Disponible en <https://www.sanidad.gob.es/eutanasia/home.htm>.
- MINISTERIO DE SANIDAD Y POLÍTICA SOCIAL [sede Web]. Madrid: MSPS; 2009 [acceso 19 de mayo de 2022]. Unidades de cuidados paliativos. Estándares y recomendaciones; [129 pp.]. Disponible en <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/cuidadospaliativos.pdf>.
- MINISTERIO DE SANIDAD. *Manual de buenas prácticas en eutanasia*. Madrid. Gobierno de España, Ministerio de Sanidad; 2021.
- PINTO, E., MARCOS, G., WALTERS, C., GONÇALVES, F., SACARIAL, J., CASTRO, L. *et al.* «Palliative care in Mozambique: Physicians' knowledge, attitudes and practices». *PLoS ONE*. 15 (8): 1-11.
- RIOS GONZÁLEZ, C.M., DE BENEDICTIS SERRANO, G.A., CORDOVA RIVAS, G.J., CONTRERAS ROMERO, M.L. y CONTRERAS LUGO, L.V. «Conocimiento y percepción sobre eutanasia en estudiantes de medicina de diecisiete países latinoamericanos», 2017. *Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud*. 2018; 16 (3): 58-65.
- RODRIGUES GOMES, A.M. «El cuidador y el enfermo en el final de la vida-familia y/o persona significativa». *Enferm. glob*. 2010; 18 (1).
- RODRÍGUEZ CRUZ, O. y EXPÓSITO CONCEPCIÓN, M.Y. «La enfermera y los cuidados al final de la vida». *Rev. Cubana Enfermer*. 2018; 34 (4).
- ROMEO CASABONA, C.M., NICOLÁS JIMÉNEZ, P. y ROMEO MALANDA, S. *Manual de bioderecho (Adaptado para la docencia en ciencias, ciencias de la salud y ciencias sociales y jurídicas)*. 1.ª ed. País Vasco: Dykinson; 2022.
- ROYES, A. «La eutanasia y el suicidio médicamente asistido». *Psicooncología*. 2008; 5 (2-3): 323-337.
- SERVICIO CANARIO DE LA SALUD [sede Web]. Canarias: SCS; 2018 [acceso 19 de mayo de 2022]. Estrategia en Cuidados Paliativos de Canarias 2018-2021; [77 pp.]. Disponible en https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/fc0c627a-9955-11e8-af08-1371a99b8da0/Estrategia_Cuidados_Paliativos_SCS.pdf.
- SERVICIO CANARIO DE SALUD [sede Web]. Canarias: Servicio Canario de Salud; 2022 [acceso 1 de abril de 2022]. Guía breve para la aplicación de la prestación de ayuda para morir (PAM). Disponible en <https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/contenidoGenerico.jsp?idDocument=9bf1fa6a-ae1-11eb-8866-57e4c3942bc5&idCarpeta=61e907e3-d473-11e9-9a19-e5198e027117>.
- WILSON, D.M., TRISCOTT, J.A.C., COHEN, J. y MACLEOD, R. «Educational needs of healthcare professionals and members of the general public in Alberta Canada, 2 years after the implementation of medical assistance in dying». *Health Soc. Care Community*. 2019; 27 (1): 1295-1302.



METODOLOGÍAS DIDÁCTICAS DE BIOÉTICA EN EL ALUMNADO DE FISIOTERAPIA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Carolina Ormazábal Pérez*,
María Sonia Delgado Rodríguez** y
Juan Elicio Hernández Xumet***
Universidad de La Laguna

RESUMEN

La fisioterapia, como profesión sanitaria, tiene una perspectiva ética propia derivada del desempeño de sus funciones específicas, con sus particulares problemas y dilemas éticos. Se ha constatado una escasez de contenidos de bioética durante la formación universitaria de la titulación. El objetivo del presente estudio pretende conocer la metodología de la docencia de la bioética en fisioterapia. Para ello se ha realizado una revisión bibliográfica de artículos que incluyan las metodologías docentes empleadas en los estudiantes de fisioterapia. Se incluyen seis artículos para su análisis. Los resultados obtenidos expresan una variabilidad en las metodologías, en las muestras y en las herramientas de valoración. Se detectan similitudes en lo que se refiere a docencia en pequeños grupos, la coincidencia temporal de la docencia en bioética con las prácticas clínicas y la utilización de casos clínicos con análisis cualitativo de la narrativa generada por los estudiantes.

PALABRAS CLAVE: bioética, aprendizaje, estudiantes, fisioterapia.

DIDACTIC METHODOLOGIES OF BIOETHICS IN PHYSIOTHERAPY STUDENTS.
BIBLIOGRAPHIC REVIEW

ABSTRACT

Physiotherapy, as a health profession, has its own ethical perspective derived from its specific activities, with its particular ethical problems and dilemmas. It has been observed that there is a lack of bioethics content during university training for this degree. Based on this, the objective of this study is to find out the methodology of teaching ethics in physiotherapy. For this purpose, a bibliographic review is made in databases that include the teaching methodologies used in physiotherapy students. Six articles were included for analysis. The results obtained show variability in the methodologies, samples and assessment tools. Although similarities are found in terms of teaching in small groups, bioethics teaching and clinical practice are carried out at the same time and the use of clinical cases with qualitative analysis of the narrative generated by the students.

KEYWORDS: Bioethics, learning, students, physiotherapy.



INTRODUCCIÓN

La bioética se desarrolla en la segunda mitad del s. xx. Ha servido como guía para la actuación de los profesionales y como base o referencia para códigos deontológicos y leyes. Así mismo, uno de sus principales objetivos es tratar de aclarar los dilemas éticos que surgen paralelos al avance científico y a las aplicaciones tecnológicas en biomedicina¹.

La investigación y las publicaciones relacionadas con la bioética se han incrementado a lo largo de los años, por lo que se ha constituido como una disciplina con un amplísimo conjunto de conocimientos. Este conocimiento puede ser transmitido a los profesionales que están en periodo de formación, y aunque su aprendizaje resulta fundamental, constituye la base para la posterior adquisición de habilidades que permitan a los futuros profesionales identificar, analizar y tomar decisiones respecto a los problemas éticos que se presentan en el ámbito asistencial. Durante las últimas décadas, en la formación de los profesionales sanitarios se ha destacado la formación biológico-técnica, dejando en segundo plano las cualidades o valores humanistas, necesarios para la calidad y excelencia en el entorno sanitario. Precisamente, la promoción de la excelencia constituye un objetivo de la ética².

Persiguiendo este objetivo, los estudiantes necesitan durante su formación, además de los contenidos científico-técnicos, herramientas e instrumentos que les permitan tomar decisiones de acuerdo con los principios de la bioética, llevar a cabo una comunicación adecuada en su entorno y, en general, proporcionar elementos de juicio para resolver de la manera más apropiada posible aquellos dilemas éticos que se presentarán en su entorno laboral².

La Asociación de Bioética Fundamental y Clínica considera que la bioética debe formar parte fundamental del currículo académico de todos los profesionales sanitarios, tanto a nivel pregrado, postgrado como en formación continuada. A nivel pregrado, las universidades deben garantizar que la docencia de la bioética cuente con la máxima calidad docente respecto a los contenidos y la metodología de la misma³. Para ello, los docentes deben perseguir la actualización, adecuando la metodología a los avances en pedagogía de la bioética y, de esta forma, lidiar de la mejor manera con algunos de los retos que supone la transmisión de conocimientos en bioética. Entre los desafíos que pueden encontrar los docentes respecto a los

* Hospital Universitario de Canarias.

** Hospital Universitario de Canarias.

*** Universidad de La Laguna. Correspondencia: Juan Elicio Hernández Xumet. *E-mail*: jhernanx@ull.edu.es.

¹ SANTUZZI, C.H., SCARDUA, M.J., BETZEL REETZ, J., SANTOS FIRME, K., OLIVEIRA LIRA, N., SILVA GONÇALVES. «Aspectos éticos e humanizados da fisioterapia na UTI: uma revisao sistematizada». *Fisioter. Mov.* 2013; 26 (2): 425-422.

² MARTÍNEZ URIONABARRENETXEA. «La educación en bioética, camino para la profesionalidad». *Rev. Calid. Asist.* 2011; 26 (1): 62-55.

³ ASOCIACIÓN DE BIOÉTICA FUNDAMENTAL Y CLÍNICA. *La educación en bioética de los profesionales sanitarios en España. Una propuesta organizativa*. Madrid: ABFC. 1999.



estudiantes podemos encontrar, en primer lugar, la actitud negativa hacia la filosofía y la ética clínica, sumada a la presión subjetiva que tienen los estudiantes respecto a otras asignaturas, que consideran tienen un mayor nivel de exigencia. Por otro lado, la actitud del alumnado caracterizada por la pasividad en el aprendizaje. En contraposición, los estudiantes también cuentan con actitudes positivas que podrían favorecer el proceso educativo, como la curiosidad intelectual o una actitud abierta hacia el aprendizaje. El objetivo principal sería entonces que los estudiantes consideraran valioso el aprendizaje de la bioética como futuros profesionales sanitarios y, sobre todo, como personas⁴.

La docencia cuenta con diferentes estrategias o metodologías didácticas para la enseñanza de la bioética, y dada la trascendencia que supone la formación en bioética para los profesionales de salud, es preciso que, a la par de la adquisición de los contenidos de la misma, se fomente la implantación de metodologías que promuevan el desarrollo en los alumnos de habilidades prácticas que les permitan identificar y manejar aquellas situaciones con trasfondo bioético⁵.

En la literatura se recogen diferentes metodologías de enseñanza aprendizaje utilizadas en cursos de bioética, con el empleo de diferentes recursos didácticos, como pueden ser estudios de casos, en el que un caso clínico, habitualmente real, es presentado a los alumnos para que realicen, en grupos reducidos, un análisis de los hechos, identificando los posibles problemas y discutiendo las vías alternativas de solución. En el estudio de casos hay diferentes modalidades, una de ellas se basa en el proceso denominado «deconstrucción y reconstrucción de casos», durante el cual los estudiantes actúan como un comité de ética. En una primera fase, se solicita a los estudiantes identificar los componentes de la estructura del caso (fase deconstruktiva) y en una segunda fase (fase reconstructiva) reconstruir el caso bajo una nueva perspectiva emanada de la fase anterior. Durante todo el proceso el docente guía a los estudiantes utilizando un pensamiento crítico. Otra modalidad de enseñanza a través de casos es la que utiliza pacientes simulados, en general, actores. Se propone al estudiante realizar una entrevista clínica con el paciente, se procede a grabar la entrevista y posteriormente pasa a ser revisada en pequeños grupos para su debate. Los juegos de rol también son un método utilizado, esta técnica consiste en proponer a los alumnos situaciones reales o ficticias asignando a cada uno de ellos el papel de los intervinientes en el escenario descrito. Y por último los debates, clases magistrales, seminario o taller también son recursos utilizados en docencia de bioética. Todas estas metodologías permitirían el abordaje docente de la bioética, siempre teniendo en cuenta que esta debería hacerse con un enfoque multidisciplinar que, además, favorecería el trabajo en equipo y la toma de decisiones⁶.

⁴ LEÓN CORREA, F.J. «Enseñar bioética: cómo transmitir conocimientos, actitudes y valores». *Acta Bioet.* 2008; 14 (1): 11-18.

⁵ GOLDIE, J. «Review of ethics curricula in undergraduate medical education». *Med. Educ.* 2000; 34 (2): 108-119.

⁶ MOLINA MONTOYA, N.P. «Formación bioética en ciencias de la salud». *Cienc. Tecnol. Salud Vis. Ocul.* 2016; 14 (1): 117-132. AGUILAR RODRÍGUEZ, M. *Modelo formativo para el desarrollo*



En el momento actual la calidad de la atención sanitaria requiere la aplicación de, entre otros factores, la coordinación y compenetración de diferentes profesionales para integrar la respuesta a las necesidades asistenciales y de salud de la población. Entre estos profesionales se encuentra el fisioterapeuta⁷. El profesional de la fisioterapia ha adquirido mayor protagonismo en el ámbito asistencial en las últimas décadas, lo que conlleva una mayor participación y autonomía en la toma de decisiones dentro de los equipos asistenciales, especialmente multidisciplinares⁸.

Estos profesionales atienden a un número de pacientes cada vez mayor y que característicamente, de forma mayoritaria, se encuentra en situación de vulnerabilidad física y/o emocional con el objetivo de restaurar en lo posible su funcionalidad. Además, realizan intervenciones en diferentes escenarios, dirigidas a mantener, recuperar o potenciar el movimiento corporal humano⁹. Las personas que acuden a un profesional de la salud esperan que la atención recibida del mismo cuente con conocimientos teóricos y técnicos, pero además se espera una actitud profesional ética. La relación profesional entre el fisioterapeuta y sus pacientes, entonces, se caracteriza por una gran proximidad tanto física como emocional y que con mucha frecuencia se desarrolla por largos periodos de tiempo¹⁰.

Por todo ello, se deduce que un comportamiento con alto contenido bioético cobra especial trascendencia, alcanzando los mismos niveles de relevancia que la formación técnica específica de la disciplina, ya que la profesionalidad debe incluir, además de las competencias teóricas y prácticas, una integridad personal que acompañe a la profesionalidad bioética¹¹.

La actividad en fisioterapia, al igual que en cualquier disciplina sanitaria, se acompaña de dilemas éticos; sin embargo, existe menos documentación bibliográfica en torno a estos dilemas¹². La información disponible en la literatura actual que vincula bioética y fisioterapia, en general, es escasa, los temas que más se tratan son específicos relacionados con los dilemas bioéticos propios del ejercicio de

de la competencia ética en estudiantes de Fisioterapia. [Tesis doctoral]. Valencia. Universidad; 2012.

⁷ GALÁN GONZÁLEZ, J.M. «Valores éticos interprofesionales compartidos para una asistencia integral». *Cuadernos de Bioética*. XXIV. 2013; 3: 377-389.

⁸ AMER CUENCA, J.J. y MARTÍNEZ GRAMAGE, J. «Estudio del marco de referencia bioético en estudiantes españoles de Fisioterapia». *Rev. Iberoam. Fisioter. y Kinesiol.* 2009; 12 (1): 4- 11.

⁹ MOSCOSO HERRERA, J.R. «Los dilemas del fisioterapeuta en el área asistencial: una mirada a la toma de decisiones». *Mov. Cient.* 2011; 5: 6-24. SORE GALLEGUILLOS J. «Bioética en la práctica clínica del fisioterapeuta». *Bio. y Der.* 2020; 48:193-207.

¹⁰ SORE GALLEGUILLOS, J. «Bioética en la práctica clínica del fisioterapeuta». *Bio. y Der.* 2020; 48:193-207. TRIEZENBERG, H.L. «Beyond the code of ethics: Educating physical therapist for their role as moral agents». *J. Phys. Ther. Educ.* 2000; 14 (3): 48-58.

¹¹ AGUILAR RODRÍGUEZ, M. *Modelo formativo para el desarrollo de la competencia ética en estudiantes de Fisioterapia*. [Tesis doctoral]. Valencia. Universidad; 2012.

¹² SORE GALLEGUILLOS, J. «Bioética en la práctica clínica del fisioterapeuta». *Bio. y Der.* 2020; 48:193-207. TRIEZENBERG, H.L. «Beyond the code of ethics: Educating physical therapist for their role as moral agents». *J. Phys. Ther. Educ.* 2000; 14 (3): 48-58.

la profesión, las teorías éticas relacionadas y la formación necesaria¹³. Como consecuencia, esto no solo afecta a las decisiones clínicas tomadas en el ejercicio de la profesión, sino que deja huella en la enseñanza universitaria de los fisioterapeutas¹⁴.

Por otra parte, la actividad profesional y la formación de los fisioterapeutas difiere de unos países a otros, lo que dificulta conocer la relación entre formación y aplicación de la misma¹⁵.

El *Libro Blanco de Fisioterapia* contempla competencias transversales relacionadas con la ética y competencias específicas relacionadas con la dimensión ética, deontológica y legal y propone el compromiso ético como una de las competencias importantes a desarrollar¹⁶. Sin embargo, se ha referido en la literatura que la docencia de la bioética durante la formación de los fisioterapeutas se limita a unos pocos créditos dentro de asignaturas mayores¹⁷ tanto en nuestro país como en otros. En algunos países, como Estados Unidos o Canadá, se la reconoce como una competencia esencial y la mayoría de los programas docentes educativos de las escuelas de Fisioterapia tienen una asignatura dedicada a la ética¹⁸. En España, son pocas las universidades que la contemplan como asignatura; por consiguiente, la formación específica en bioética de los fisioterapeutas en nuestro país podría considerarse escasa¹⁹.

Por lo tanto, es imprescindible incluir en la formación de los fisioterapeutas contenidos bioéticos como una competencia más, donde se aborden aspectos bioéticos y morales propios de la profesión²⁰. Por otra parte, no hay un acuerdo sobre los métodos de enseñanza de la bioética a los estudiantes de fisioterapia, aunque se han publicado un limitado número de estudios usando diferentes métodos²¹.

La enseñanza de la bioética debe ser transversal a lo largo de toda la formación académica e incorporada a la formación práctica. Sin embargo, para considerar

¹³ SORE GALLEGUILLOS, J. «Bioética en la práctica clínica del fisioterapeuta». *Bio. y Der.* 2020; 48:193-207.

¹⁴ SORE GALLEGUILLOS, J. «Bioética en la práctica clínica del fisioterapeuta». *Bio. y Der.* 2020; 48:193-207. TRIEZENBERG, H.L. «Beyond the code of ethics: Educating physical therapist for their role as moral agents». *J. Phys. Ther. Educ.* 2000; 14 (3): 48-58.

¹⁵ SORE GALLEGUILLOS, J. «Bioética en la práctica clínica del fisioterapeuta». *Bio. y Der.* 2020; 48:193-207.

¹⁶ AGENCIA NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD Y ACREDITACIÓN. (ANECA). *Libro Blanco*. Título de Grado en Fisioterapia. 2004.

¹⁷ HUDON, A. *et al.* «What place for ethics? An overview of ethics teaching in occupational therapy and physiotherapy programs in Canada». *Disabil Rehabil.* 2014; 36 (9): 775-780.

¹⁸ AMER CUENCA, J.J. y MARTÍNEZ GRAMAGE, J. «Estudio del marco de referencia bioético en estudiantes españoles de Fisioterapia». *Rev. Iberoam. Fisioter. y Kinesiolo.* 2009; 12 (1): 4-11. HUDON, A. *et al.* «Ethics teaching in rehabilitation: results of pan-Canadian workshop with occupational and physical therapy educators». *Disabil. Rehabil.* 2016; 38 (22): 2244-2254.

¹⁹ AMER CUENCA, J.J. y MARTÍNEZ GRAMAGE, J. «Estudio del marco de referencia bioético en estudiantes españoles de Fisioterapia». *Rev. Iberoam. Fisioter. y Kinesiolo.* 2009; 12 (1): 4-11.

²⁰ LEITE LADEIRA, T. y KOIFEMAN, L. «Interfaz entre fisioterapia, bioética y educación». *Rev. Bioét.* 2017; 25 (3): 68-629.

²¹ HUDON, A. *et al.* «Ethics teaching in rehabilitation: results of pan-Canadian workshop with occupational and physical therapy educators». *Disabil. Rehabil.* 2016; 38 (22): 2244-2254.



la formación de bioética de los alumnos debemos partir de la base de que los profesores implicados en la formación de los fisioterapeutas posean la formación adecuada en bioética aplicada a esta área de conocimiento, ya que algún estudio pone de manifiesto que se debería comenzar formando a los docentes en primer lugar, puesto que no cuentan con la formación bioética adecuada, para que pueda ser así transmitida a los estudiantes²².

JUSTIFICACIÓN

Durante la práctica profesional los fisioterapeutas deben hacer frente a diferentes situaciones de carácter ético en las que son necesarias habilidades tanto analíticas y de pensamiento crítico como para la toma de decisiones²³. A pesar de esto, los estudios han demostrado que para enfrentarse a estas cuestiones éticas, los fisioterapeutas habitualmente no utilizan el conocimiento ético²⁴, los profesionales de la fisioterapia son conscientes de que la formación recibida en bioética podría ser insuficiente, de forma que complementan la falta de formación universitaria con la experiencia clínica diaria. Por lo tanto, habría que evaluar e incluso replantear los métodos de enseñanza universitaria de la misma²⁵.

Los problemas éticos que surgen en la práctica requieren de los profesionales un apropiado comportamiento ético, así como el desarrollo de la ética profesional, entendida esta como «el conjunto de principios, valores y formas de actuar de un entorno profesional»²⁶. La competencia ética cobra entonces especial importancia en la formación de los fisioterapeutas. Bolívar²⁷ define esta competencia como «el conjunto de conocimientos, modos de actuar y actitudes propias de una persona, moralmente desarrollada, que actúa como sentido ético, de acuerdo con una ética profesional, lo que conlleva el compromiso con determinados valores sociales que buscan el bien de sus conciudadanos». Existen en la literatura estudios sobre la actitud de los estudiantes hacia el aprendizaje de la ética, es decir, sobre cómo perciben los estudiantes la ética durante su formación y si son conscientes de la importancia

²² SORE GALLEGUILLOS, J. «Bioética en la práctica clínica del fisioterapeuta». *Bio. y Der.* 2020; 48:193-207.

²³ SORE GALLEGUILLOS, J. «Bioética en la práctica clínica del fisioterapeuta». *Bio. y Der.* 2020; 48:193-207.

²⁴ SWISHER, L.L. «Moral reasoning among physical therapists: Results of the defining issues test». *Physiother Res. Int.* 2010; 15 (2): 69-79.

²⁵ AGUILAR RODRÍGUEZ, M., MARQUÉS SULÉ, E., SERRA-AÑÓ, P., ESPÍ-LÓPEZ, G.V., *et al.* «A Blended-learning programme regarding professional ethics in physiotherapy students». *Nurs. Ethics.* 2018; 26 (5): 1410-1423.

²⁶ AGUILAR RODRÍGUEZ, M., MARQUÉS SULÉ, E., SERRA-AÑÓ, P., ESPÍ-LÓPEZ, G.V., *et al.* «A Blended-learning programme regarding professional ethics in physiotherapy students». *Nurs. Ethics.* 2018; 26 (5): 1410-1423.

²⁷ MARQUÉS SULÉ, E. *et al.* «Attitudes towards learning professional ethics in undergraduate physiotherapy students: a STROBE compliant cross-sectional study». *Nurse Educ. Today.* 2021; 98: 1-6.

que tendrá la bioética durante su práctica profesional. Los estudiantes de fisioterapia toman conciencia de la importancia y el impacto que tendrá el desarrollo de la competencia ética a medida que comienzan a conocer los aspectos teóricos y prácticos de la ética de la profesión, su postura hacia la ética cambia entre alumnos de diferentes cursos académicos, siendo percibida la mejor actitud en los alumnos que cursan el año académico donde se imparte la bioética, por lo que la formación en ética debe estar presente en todos los cursos permitiendo así que los estudiantes comprendan que forma parte indispensable de la calidad profesional del fisioterapeuta²⁸.

Partiendo de la premisa de la importancia que tiene la formación bioética pregrado en los estudiantes de fisioterapia para el desempeño de la futura actividad profesional, resulta necesario conocer cuáles son los métodos de enseñanza de la misma que se utilizan actualmente y qué metodología resulta más eficaz. Así como métodos de evaluación que aseguren la adquisición de esta competencia. De la metodología de enseñanza utilizada dependerá que, una vez finalizados los estudios, los alumnos adquieran las habilidades y los conocimientos necesarios para identificar los conflictos éticos que se presenten, así como disponer de herramientas y recursos para su resolución²⁹.

METODOLOGÍA

FUENTES DE INFORMACIÓN

Se trata de un trabajo de investigación observacional y retrospectivo. Para la elaboración del presente trabajo se procedió a realizar una búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: PubMed, CINAHL, Scopus y PEDro. La búsqueda se realizó el día 15 de mayo del 2021.

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA. DESCRIPTORES Y OPERADORES

Para la búsqueda se utilizaron las siguientes palabras claves, mediante la terminología MeSH (Medical Subject Heading):, *ethics, physiotherapy, physical therapy, students y teaching models*. Se procedió a realizar diferentes combinaciones entre ellas utilizando el operador booleano AND. La descripción detallada de la búsqueda se representa en los gráficos 1, 2, 3 y 4.

²⁸ AGUILAR RODRÍGUEZ, M., MARQUÉS SULÉ, E., SERRA-AÑÓ, P., ESPÍ-LÓPEZ, G.V., *et al.* «A Blended-learning programme regarding professional ethics in physiotherapy students». *Nurs. Ethics*. 2018; 26 (5): 1410-1423.

²⁹ AGUILAR RODRÍGUEZ, M., MARQUÉS SULÉ, E., SERRA-AÑÓ, P., ESPÍ-LÓPEZ, G.V., *et al.* «A Blended-learning programme regarding professional ethics in physiotherapy students». *Nurs. Ethics*. 2018; 26 (5): 1410-1423.



Criterios de inclusión

- Publicaciones en inglés y español.
- Respecto a la muestra, aquellos que incluyan alumnos de fisioterapia de cualquier curso académico.
- No se determinará límite de fecha de publicación.
- Estudios que evalúen los efectos de la aplicación de metodologías docentes en bioética.
- Artículos que estén disponibles a texto completo.

Criterios de exclusión

- Publicaciones en otros idiomas diferentes al inglés y español.
- Aquellas publicaciones en cuya muestra no estén incluidos estudiantes de fisioterapia.
- Estudios que no evalúen los efectos de la aplicación de metodologías docentes en bioética.
- Artículos que no estén disponibles a texto completo.

Selección de estudios

La preselección de estudios se ha llevado a cabo siguiendo los criterios de inclusión y exclusión anteriormente expuestos, identificándose así aquellos que podrían responder a la pregunta de investigación propuesta.

Extracción de datos

Tras la lectura crítica de los estudios seleccionados que se ajustan a los criterios establecidos, se procedió a extraer los siguientes datos de cada uno de ellos:

- Autor o autores.
- Año de publicación.
- Tipo de estudio.
- Objetivo principal.
- Población.
- Variables.
- Intervenciones y/o metodología empleadas.
- Resultados y/o conclusiones principales.



RESULTADOS

La búsqueda quedó estratificada con los resultados que se exponen en los algoritmos siguientes para cada una de las bases de datos consultadas.

RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA

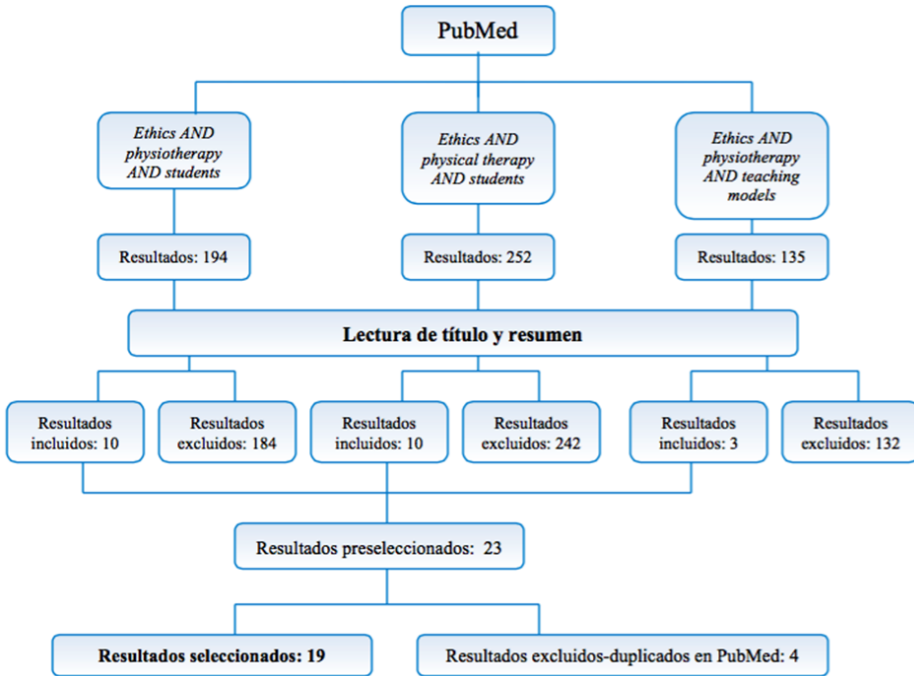


Gráfico 1. Resultados de la búsqueda en PubMed.

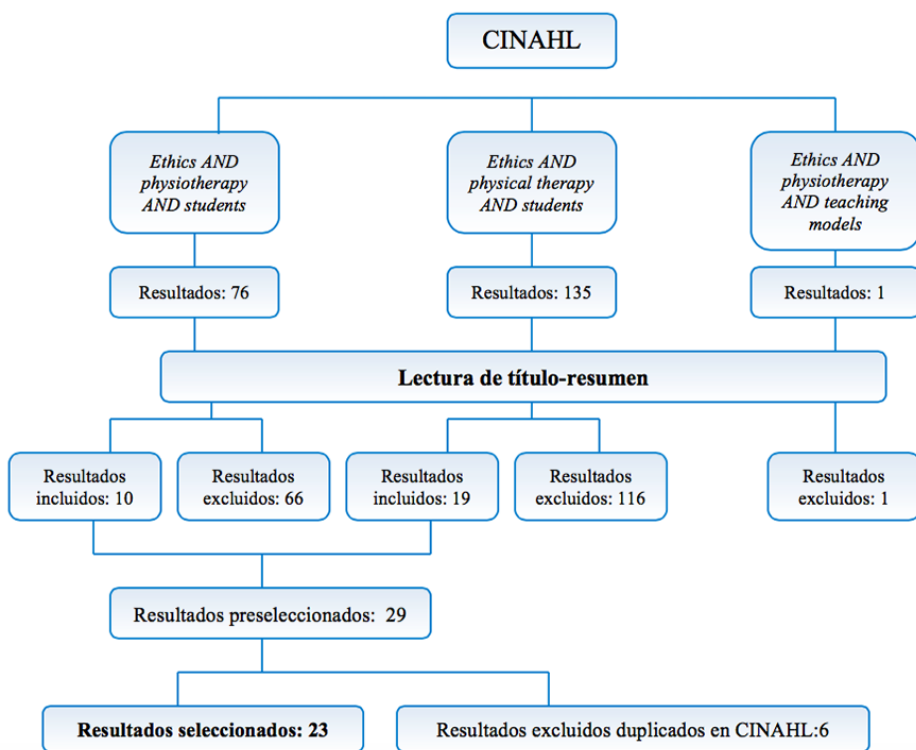


Gráfico 2. Resultados de la búsqueda en CINAHL.

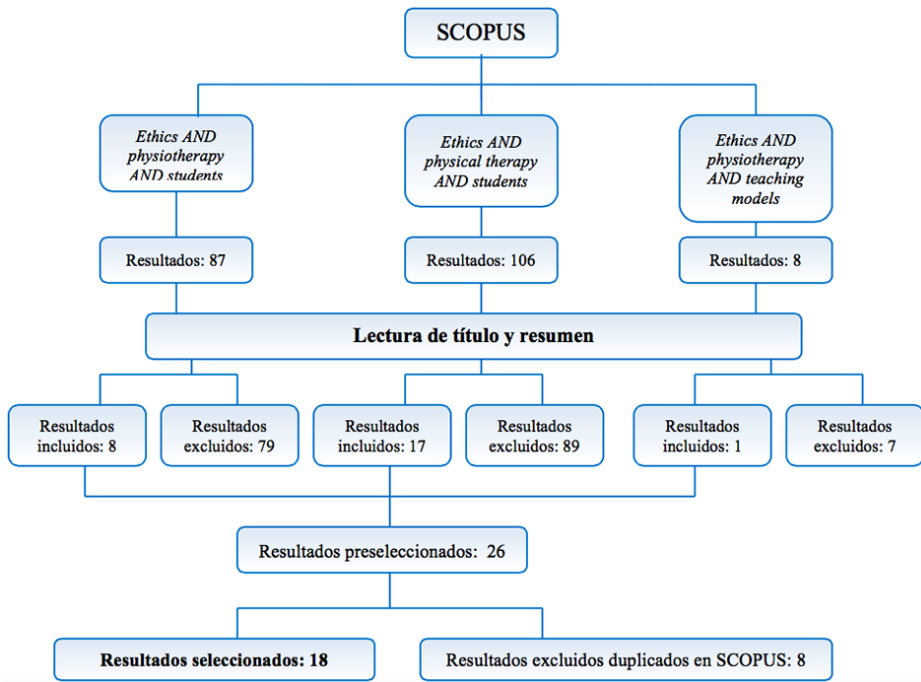
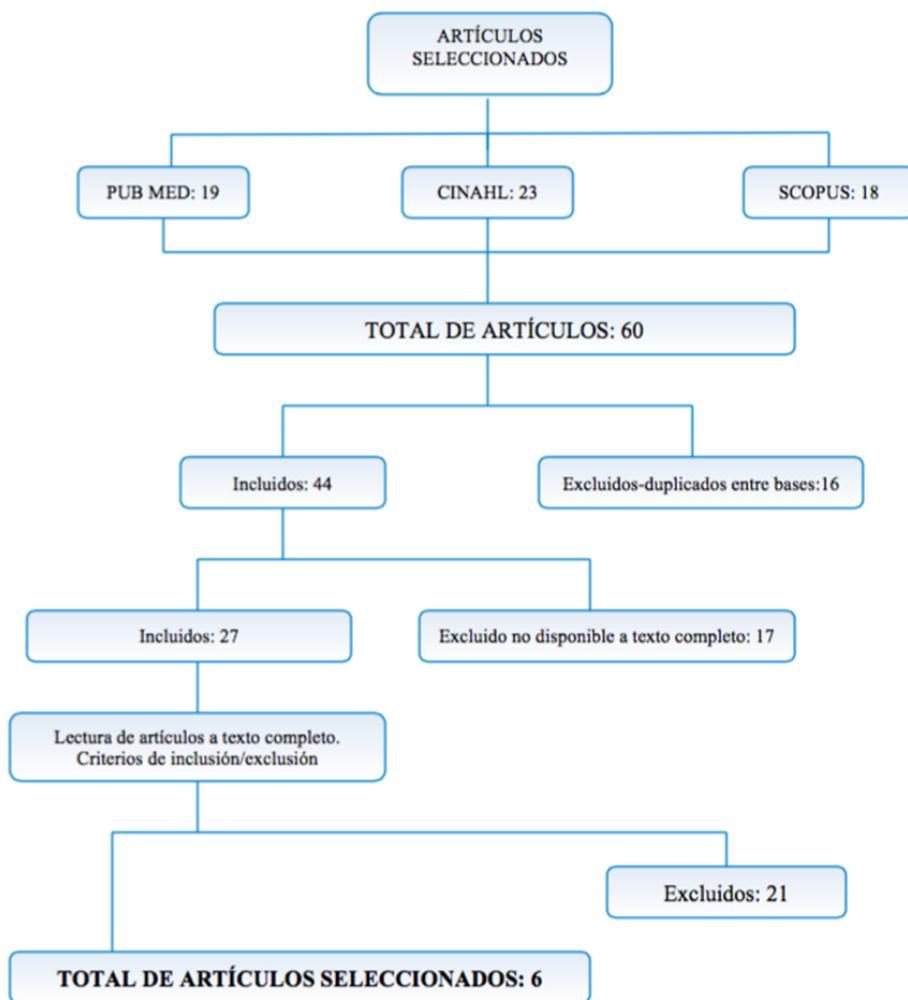


Gráfico 3. Resultados de la búsqueda en SCOPUS.

Se procedió a realizar una búsqueda en la base de datos específica de fisioterapia PEDro con idéntico protocolo de búsqueda sin que se obtuviera ningún resultado.



Gráficos 4. Resultados seleccionados.

RESULTADOS DE LA EXTRACCIÓN DE DATOS

Seguidamente a la lectura crítica se procedió a realizar una síntesis de datos narrativa para la posterior configuración de una tabla con los datos obtenidos. (tabla 1).

TABLA 1. REPRESENTACIÓN DE LOS DATOS EXTRAÍDOS DE LOS ARTÍCULOS SELECCIONADOS

AUTOR O AUTORES TÍTULO	AÑO DE PUBLICACIÓN	TIPO DE ESTUDIO	OBJETIVO PRINCIPAL	POBLACIÓN	VARIABLES	INTERVENCIONES Y/O METODOLOGÍA PROPUESTA	RESULTADOS-CONCLUSIONES
Aguilar Rodríguez, M., <i>et al.</i> A blended-learning programme regarding professional ethics in physiotherapy students	2018	Ensayo clínico prospectivo simple ciego	Evaluar el efecto de un modelo de enseñanza mixto basado en la ética profesional y relacionado con las prácticas clínicas	129 estudiantes del tercer curso del Grado de Fisioterapia de la Universidad de Valencia, España	Actitudes Questionnaire towards Professional Ethics in Physiotherapy (AQPEPT). Cuestionario: Perceptions about knowledge regarding professional ethics in physiotherapy	En el grupo control: método de estudio y presentación de un caso. En el grupo experimental: programa combinado en dos fases: la primera, estudios y actividades en línea (4 meses) y segunda fase: 6 sesiones presenciales grupales basadas en aprendizaje cooperativo y participación activa. (<i>Role playing</i> , debate en pequeños grupos, Realm Individual Process Situation, estudio de casos)	El sistema mixto propuesto por los autores mejora la actitud, el conocimiento y las opiniones de los estudiantes de fisioterapia en relación con el aprendizaje de la ética profesional
Swisher, L. L., Van Kessel, G., Jones, M., Beckstead, J., Edwards, I. <i>Evaluating moral reasoning out comes in physical therapy ethics education: stage and phase and type</i>	2012	Estudio longitudinal, prospectivo antes y después	Evaluar los cambios en el razonamiento moral y la organización del conocimiento ético en estudiantes de fisioterapia después de un curso intensivo de ética de seis semanas	37 estudiantes de último curso de la licenciatura de fisioterapia de la Universidad del Sur de Australia	Cuestionario DIT2	Curso intensivo de 6 semanas centrado entre otros aspectos, en la relación entre el conocimiento ético y el conocimiento clínico y la respuesta al desequilibrio ético	Describen que la realización del mismo puede ser eficaz para mejorar el razonamiento moral al tiempo que sugieran que el test DIT2 puede ser útil para evaluar la eficacia de este tipo de cursos en estudiantes de fisioterapia





<p>Geddes, E.L., Salvatori, P., Eva, K.W. <i>Does moral judgement improve in occupational therapy and physiotherapy students over the course of their pre-licensure training?</i></p>	<p>2008</p> <p>Estudio longitudinal, prospectivo antes y después</p> <p>Determinar los cambios en el juicio moral durante los estudios universitarios de fisioterapia y terapia ocupacional tras cursar los créditos de ética del grado</p>	<p>288 estudiantes de licenciatura de fisioterapia y terapia ocupacional de la Universidad McMaster, Canadá</p> <p>Cuestionario DIT</p>	<p>Componente docente en ética con problemas basada en problemas</p>	<p>El juicio moral de los estudiantes de ambas titulaciones mejora significativamente desde el inicio de los estudios hasta el final del mismo</p>
<p>Hughes, M.C., Laubscher, K.M., Black, L. y Jensen, G.M. <i>Use of deconstructed cases in physical therapy ethics education: an assessment of student learning</i></p>	<p>2009</p> <p>Case report</p> <p>Implementar el <i>Use of Deconstructed Cases</i> en la enseñanza de la ética y evaluar el aprendizaje de los estudiantes de fisioterapia</p>	<p>38 estudiantes de segundo año del doctorado de fisioterapia de la Creighton University (Nebraska, EE. UU.)</p> <p>Sistema de clasificación propio, basado en la valoración de los estudiantes mediante el análisis cualitativo del contenido de las sesiones</p>	<p>El estudio en grupos pequeños (6 estudiantes) de casos clínicos, análisis y deconstrucción de los mismos, moderados por un profesor</p>	<p>La introducción de los «Deconstructed cases» en conjunción con otros métodos docentes facilita el pensamiento y discusión acerca de cuestiones morales y, por otro lado, salva la distancia entre el trabajo didáctico en el periodo de formación y el trabajo del escenario clínico real</p>
<p>Delany, C. y Gaunt, H. «I Left the museum somewhat changed» Visual arts and health ethics education</p>	<p>2018</p> <p>Estudio longitudinal</p> <p>Evaluar la utilización de las artes visuales para promocionar el reconocimiento de los estudiantes de las dimensiones éticas dentro de su experiencia clínica</p>	<p>27+17 estudiantes del doctorado de fisioterapia de la Universidad de Cambridge</p> <p>121 estudiantes de fisioterapia</p>	<p>Utilización de las artes visuales para promover la reflexión ética en los estudiantes</p>	<p>El uso de las artes visuales facilita el pensamiento ético relacionado con las experiencias clínicas en los estudiantes</p>
<p>Jensen, G.M. y Richert, A. <i>Reflection on the teaching of ethics in physical therapist education: integrating cases, theory and learning</i></p>	<p>2005</p> <p>Caso report</p> <p>Describir los resultados tras la aplicación de una metodología docente para la ética basada en pacientes estandarizados</p>	<p>121 estudiantes de fisioterapia</p> <p>Valoración de los ensayos de los estudiantes, autovaloración del estudiante a través de un cuestionario antes y después del curso y las reflexiones del instructor de los comentarios</p>	<p>Metodología docente a través de sesiones con pacientes estandarizados</p>	<p>La docencia de la ética a través de pacientes estandarizados aumenta la capacidad de reflexión crítica de los estudiantes</p>

A continuación se detallan las características de cada estudio seleccionado: Aguilar Rodríguez M. *et al.*³⁰ publican el año 2018 un estudio cuyo objetivo fue conocer la actitudes, conocimiento y opiniones en relación con el aprendizaje de la ética profesional de un grupo de estudiantes de fisioterapia mediante un programa de aprendizaje combinado. Para ello realizaron un estudio simple ciego con dos grupos de estudiantes pertenecientes al Grado de Fisioterapia de la Universidad de Valencia, distribuidos en un grupo control (GC) con 64 alumnos y un grupo experimental (GE) con 65 alumnos. Ambos grupos realizaron sus prácticas clínicas durante ocho meses. El GC como actividad formativa en bioética realizó la exposición pública de un caso clínico relacionado con la ética profesional, mientras que el GE siguió un programa combinado de aprendizaje durante los ocho meses de las prácticas dividido en dos fases: una primera fase de estudio y actividades *online* durante cuatro meses y una segunda fase también de cuatro meses de 6 sesiones presenciales basadas en el aprendizaje cooperativo y participación activa en grupos de 4-5 participantes cada uno. Durante la primera fase del programa *online* se trataron los siguientes temas con sus actividades correspondientes: introducción a la ética profesional, importancia de la ética profesional en fisioterapia, principios de la ética profesional, código deontológico en fisioterapia, aspectos legales y situaciones éticas en fisioterapia y decisiones éticas en fisioterapia. A lo largo de la segunda fase presencial, se planificaron seis sesiones grupales, la primera de ellas consistió en un debate en grupos reducidos sobre los principios básicos de la ética, en la segunda y la tercera sesión se utilizó la técnica de *role playing*, en la cuarta y la quinta sesión siguieron el método de estudio de casos Realm Individual Process Situation (RIPS), y en la sexta y última sesión se recurrió al estudio y exposición de un caso clínico real.

Los estudiantes fueron evaluados antes, durante y después de su periodo de prácticas mediante las herramientas *Attitudes Questionnaire towards Professional Ethics in Physiotherapy (AQPEPT)*³¹ para valorar las actitudes frente al aprendizaje de la ética profesional. Y la otra herramienta utilizada fue el cuestionario *Perceptions about knowledge regarding professional ethics in physiotherapy*³² para valorar el conocimiento sobre aprendizaje de la ética profesional.

Las opiniones de los estudiantes se evaluaron mediante una herramienta de elaboración propia que consta de 8 preguntas dicotómicas y una pregunta de respuesta abierta para el periodo inicial de cuatro meses de docencia *online*. Para el

³⁰ AGUILAR RODRÍGUEZ, M., MARQUÉS SULÉ, E., SERRA-AÑÓ, P., ESPÍ-LÓPEZ, G.V., *et al.* «A Blended-learning programme regarding professional ethics in physiotherapy students». *Nurs. Ethics.* 2018; 26 (5): 1410-1423.

³¹ AGUILAR RODRÍGUEZ, M., MARQUÉS SULÉ, E., SERRA AÑÓ, P., DUEÑAS MOSCARDÓ, L. y SEMPERE RUBIO, N. «Elaboración y validación del «Cuestionario de actitudes hacia la ética profesional en Fisioterapia». *Fisioterapia.* 2017; 39 (4): 148-157.

³² MARQUÉS SULÉ, E., AGUILAR RODRÍGUEZ, M., DUEÑAS MORCARDÓ, L. *et al.* «Development an Assessment of the Internal Consistency of the Knowledge towards Professional Ethics in Physiotherapy Questionnaire». *Cuest. Fisioter.* 2017; 46 (2): 97-104.



periodo de docencia presencial por grupos, se utilizó un cuestionario de elaboración propia de 5 ítems y una pregunta de respuesta abierta.

En los resultados obtenidos por los autores respecto a las actitudes de los estudiantes, se encontraron diferencias significativas en el GE para las respuestas de los cuestionarios antes y después de la intervención, de forma que las respuestas favorables aumentaron un 30% y las desfavorables disminuyeron un 13%. Sin embargo, en el GC no hubo diferencias en las respuestas antes de comenzar y al finalizar el periodo.

En relación con los conocimientos sobre el aprendizaje de la ética profesional, de la misma forma el GE mostró un incremento del conocimiento estadísticamente significativo tanto a los cuatro meses del periodo de prácticas como al finalizar el mismo a los 8 meses. Mientras que el GC no mostró ninguna diferencia significativa.

En lo concerniente a las opiniones del alumnado acerca de la metodología empleada durante el periodo de aprendizaje *online*, la gran mayoría de ellos, 84-100% dependiendo de los ítems evaluados, se mostraron satisfechos con el contenido y metodología empleados. En relación con las opiniones respecto al periodo de docencia presencial grupal, los resultados muestran que los estudiantes destacaron la importancia de las prácticas clínicas para aprender ética profesional y consideraron el método RIPS la técnica más útil para su comprensión y en menor grado el juego de rol y la exposición de casos.

Los autores concluyen que el programa de aprendizaje combinado descrito por ellos mejora las actitudes, el conocimiento y las opiniones de los estudiantes sobre el aprendizaje de la ética profesional al tiempo que lo consideran un método muy motivador.

Swisher, L.L., Van Kessel, G., Jones, M., Beckstead, J. y Edwards, I.,³³ en el año 2012 publican un estudio con el objetivo de evaluar los cambios en el razonamiento moral y la organización del conocimiento ético en estudiantes de fisioterapia después de un curso intensivo de ética de seis semanas. Se reclutaron 54 estudiantes del último año de formación universitaria de último curso de la Universidad del Sur de Australia, de los cuales 40 accedieron a participar y 37 completaron todas las partes de la investigación. Los autores definen en su artículo el razonamiento moral como «la capacidad de analizar situaciones éticas para determinar una acción correcta». Los estudiantes fueron evaluados antes y después de esta formación utilizando el Defining Issue Test (DIT2). El curso de ética que imparten se centra, entre otros aspectos, en la relación entre el conocimiento ético y el conocimiento clínico y la respuesta al desequilibrio ético,

En el estudio los autores clasifican a los estudiantes en función de los resultados del test en diferentes fases de razonamiento moral y tipos del mismo, al finalizar el curso describen que la realización del mismo puede ser eficaz para mejorar

³³ SWISHER, L.L., VAN KESSEL, G., JONES, M., BECKSTEAD, J. y EDWARDS, I. «Evaluating moral reasoning outcomes in physical therapy ethics education: stage, schema, phase and type». *Physical Therapy Reviews*. 2012; 17 (3): 167-175.

el razonamiento moral al tiempo que sugiere que el test DIT2 puede ser útil para evaluar la eficacia de este tipo de cursos en estudiantes de fisioterapia.

Geddes, E.L., Salvatory, P. y Eva, K.W.³⁴, en el año 2008 publican un estudio con los objetivos de determinar si hay diferencias en el juicio moral de los estudiantes de fisioterapia y terapia ocupacional de la Universidad McMaster de Canadá entre el comienzo y el final de los estudios tras la implantación formal de un componente docente de ética en ambas titulaciones. Para ello realizan un estudio longitudinal comparativo en 288 alumnos de las titulaciones citadas. El programa docente se diseñó bajo el método de docencia basada en problemas. Los alumnos completaron un cuestionario Defining Issue Test (DIT) al inicio y al final de los estudios. Los resultados obtenidos del estudio revelaron que el juicio moral mejora significativamente al final respecto al principio en la población seleccionada.

Hughes, M.C., Laubscher, K.M., Black, L. y Jensen, G.M.³⁵ publican un estudio en el año 2009 en el que introducen el uso de casos clínicos deconstruidos como método docente de ética en la titulación del doctorado de fisioterapia, con una muestra de 38 estudiantes de segundo año que reciben docencia de ética a lo largo de un semestre en la Creighton University de Nebraska, EE. UU. Los estudiantes fueron divididos en grupos de 6 alumnos durante la docencia en la cual se emplearon diversas técnicas docentes como son clases, discusión en pequeños grupos, juegos de rol, pacientes estandarizados, medios audiovisuales, análisis de casos, presentaciones de estudiantes y análisis de casos deconstruidos. Para este último, durante las sesiones en grupos pequeños se pidió a los estudiantes que actuaran como un comité de ética, y de los documentos redactados por ellos se realizó una valoración que permitió distinguir temas centrales; entre ellos destaca que la deliberación en grupos reducidos afectó a la conciencia y a la ética de los estudiantes, la dinámica de grupo influyó en la resolución por consenso, la autoconfianza y autonomía de los estudiantes mejoró y, por último, aumentó la tolerancia a la incertidumbre. En el artículo se transcriben extractos de los documentos de los alumnos para hacer visible lo anterior. Los autores concluyen que la introducción de los «Deconstructed cases» en conjunción con otros métodos docentes facilita el pensamiento y discusión acerca de cuestiones morales y, por otro lado, salva la distancia entre el trabajo didáctico en el periodo de formación y el trabajo el escenario clínico real.

Delany, C. y Gaunt, H.³⁶ en el año 2018 publicaron un estudio con el objetivo de evaluar el uso de las artes visuales en la enseñanza de la ética en la práctica clínica en estudiantes del doctorado de fisioterapia de la Universidad de Melbourne,

³⁴ GEDDES, E.L., SALVATORI, P. y EVA, K.W. «Does moral judgment improve in occupational therapy and physiotherapy students over the course of their pre-licensure training?». *Learn Health Soc. Care.* 2009; 8 (2): 92-102.

³⁵ HUGHES, M.C., LAUBSCHER, K.M., BLACK, L. y JENSEN, G.M. «Use of deconstructed cases in physical therapy ethics education: and assessment of student learning». *J. Phys. Ther. Educ.* 2009; 23 (1): 22-28.

³⁶ DELANY, C. y GAUNT, H. «I left the museum somewhat changed» Visual arts and health ethics education». *Camb. Q. Healthc Ethics.* 2018; 27 (3): 511-524.





Australia. Describen una secuencia de estrategias educativas en ética durante el periodo docente de la titulación a lo largo de tres años. En el último año se desarrolla una metodología docente basada en las artes visuales y la narrativa, para lo cual se organizaron visitas autodirigidas al Ian Potter Museum of Art (Melbourne, Australia). Posteriormente, a los estudiantes se les dio a elegir entre redactar un trabajo narrativo sobre su práctica clínica con la finalidad de identificar y analizar las dimensiones éticas de la misma o, tras la visita al museo, elegir una de las obras de arte del mismo y tomarla como base para redactar un ensayo ético del pasado o futuro de la práctica clínica. Describen la guía de calificación utilizada para los ensayos escritos por un total de 44 alumnos (27 curso 2015 y 17 curso 2016), que fueron los que optaron por este tipo de prueba. También plasman pequeños fragmentos de los ensayos para exponer la sistemática de análisis. Los autores concluyen que el uso de las artes parece facilitar el pensamiento imaginativo, emocional y conceptual sobre la ética y la experiencia clínica.

Jensen, G.M. y Richert, A.³⁷ son los autores de una publicación en el año 2005 de tipo *case report* cuyo objetivo fue explorar el aprendizaje de los alumnos en la docencia de la ética en la titulación de fisioterapia en la Creighton University en Nebraska, EE. UU. Los autores realizaron un estudio con un total de 123 alumnos de fisioterapia entre el año 2003 y 2005. Proponen una docencia a través de la interacción de los estudiantes con pacientes estandarizados y posteriormente el análisis de las respuestas a cuestiones basadas en ética realizadas por los alumnos, así como cuestionarios de autocalificación y autosuficiencia (Cuestionario adaptado del desarrollado por Haddad y Larson)³⁸ tras un debate en pequeños grupos. Y, por último, las reflexiones del docente. Los resultados en el apartado de la autoevaluación demostraron que los alumnos se mostraban más capaces de identificar cuestiones éticas, que sus herramientas de comunicación habían mejorado, así como la motivación para aplicar lo aprendido, ya que se llevó a cabo este cuestionario antes y después de la intervención. Por otro lado, exponen algunos ejemplos de las tareas narrativas de los estudiantes en respuesta a los casos visualizados de pacientes estandarizados concluyendo tras su análisis que esta metodología docente aporta a los estudiantes experiencias de aprendizaje estructuradas para afrontar la incertidumbre durante el desempeño profesional, al tiempo que promueve la capacidad de autorreflexión crítica.

Los artículos seleccionados tras la búsqueda con los criterios ya especificados han sido publicados desde el año 2005 hasta el 2018, lo que refleja la escasez bibliográfica disponible para el tema elegido. Igualmente, la tipología de estudios es muy variable, cuando los autores especificaron el tipo de estudio, el más frecuente fue

³⁷ JENSEN, G.M. y RICHERT, A.E. «Reflection on the teaching of ethics in physical therapy education: Integrating cases theory and learning». *J. Phys. Ther. Educ.* 2005; 19 (3): 78-85.

³⁸ HADDAD, A. y LARSON, R. *Self-efficacy and the ability to resolve ethical problems. Paper presented at: Disciplinary Styles in the Scholarship of Teaching and Learning*, Rockhurst University, 2002, Kansas City, MO.

el estudio longitudinal antes y después (dos de seis publicaciones)³⁹. Es de destacar el estudio de Aguilar Rodríguez *et al.*,⁴⁰ de tipo prospectivo clínico simple ciego, ya que es el único que cuenta con un grupo control y un grupo experimental, en el que se introduce un nuevo programa docente.

El objetivo de todos los estudios seleccionados fue evaluar, con diferentes herramientas, la influencia de una determinada metodología docente en el aprendizaje de ética de estudiantes de fisioterapia, con una muestra variable, respecto al tamaño entre unos estudios y otros, desde un artículo que en su investigación selecciona 37 estudiantes⁴¹ a otro que cuenta con 288⁴².

Algunos de los estudios evalúan más que los conocimientos en ética, el juicio y/o razonamiento moral de los estudiantes, aceptando como definición del mismo la propuesta por Swisher, L.L. *et al.*,⁴³ como «la capacidad de analizar situaciones éticas para determinar una acción correcta».

Respecto a la metodología docente, los estudios de Aguilar, *et al.*⁴⁴ y Hughes, M.C.⁴⁵ coinciden en la utilización de grupos pequeños de estudiantes, entre 4 y 6 participantes a los que se les plantean casos clínicos reales o simulados. Ambos concluyen en que la utilización de este método resulta favorable para los estudiantes.

³⁹ SWISHER, L.L., VAN KESSEL, G., JONES, M., BECKSTEAD, J. y EDWARDS, I. «Evaluating moral reasoning outcomes in physical therapy ethics education: stage, schema, phase and type». *Physical Therapy Reviews*. 2012; 17 (3): 167-175. GEDDES, E.L., SALVATORI, P. y EVA, K.W. «Does moral judgment improve in occupational therapy and physiotherapy students over the course of their pre-licensure training?». *Learn Health Soc. Care*. 2009; 8 (2): 92-102.

⁴⁰ AGUILAR RODRÍGUEZ, M., MARQUÉS SULÉ, E., SERRA-ANÓ, P., ESPÍ-LÓPEZ, G.V., *et al.* «A Blended-learning programme regarding professional ethics in physiotherapy students». *Nurs. Ethics*. 2018; 26 (5): 1410-1423.

⁴¹ SWISHER, L.L., VAN KESSEL, G., JONES, M., BECKSTEAD, J. y EDWARDS, I. «Evaluating moral reasoning outcomes in physical therapy ethics education: stage, schema, phase and type». *Physical Therapy Reviews*. 2012; 17 (3): 167-175.

⁴² GEDDES, E.L., SALVATORI, P. y EVA, K.W. «Does moral judgment improve in occupational therapy and physiotherapy students over the course of their pre-licensure training?». *Learn Health Soc. Care*. 2009; 8 (2): 92-102.

⁴³ SWISHER, L.L., VAN KESSEL, G., JONES, M., BECKSTEAD, J. y EDWARDS, I. «Evaluating moral reasoning outcomes in physical therapy ethics education: stage, schema, phase and type». *Physical Therapy Reviews*. 2012; 17 (3): 167-175.

⁴⁴ AGUILAR RODRÍGUEZ, M., MARQUÉS SULÉ, E., SERRA-ANÓ, P., ESPÍ-LÓPEZ, G.V., *et al.* «A Blended-learning programme regarding professional ethics in physiotherapy students». *Nurs. Ethics*. 2018; 26 (5): 1410-1423.

⁴⁵ HUGHES, M.C., LAUBSCHER, K.M., BLACK, L. y JENSEN, G.M. «Use of deconstructed cases in physical therapy ethics education: and assessment of student learning». *J. Phys. Ther. Educ.* 2009; 23 (1): 22-28.



Sin embargo, Hughes, M.C.⁴⁶ no evalúa a los alumnos antes y después de la intervención, a diferencia del estudio de Aguilar *et al.*⁴⁷.

Geddes, E.L.⁴⁸ no especifica en su publicación los detalles de la metodología empleada, únicamente describe que han utilizado una docencia basada en problemas, que reporta resultados positivos en el juicio moral de los estudiantes comparando el mismo al comienzo de los estudios y a la finalización.

En el estudio publicado por Jensen, G.M. *et al.*⁴⁹, los autores utilizan una metodología en la que los estudiantes interactúan con pacientes estandarizados, a continuación responden a cuestiones de índole ética y tras la visualización de la grabación de su sesión con el paciente, la respuesta a un cuestionario de autocalificación que previamente habían rellenado antes de la sesión.

Utilizando una metodología diferente a las habituales, Delany, C. *et al.*⁵⁰ realizan su estudio, con un grupo de estudiantes de fisioterapia que de forma voluntaria se ofrecieron a participar, sobre el impacto de las artes visuales en el reconocimiento de las dimensiones éticas en la práctica clínica.

DISCUSIÓN

La importancia de la bioética en el ejercicio de la fisioterapia en todas sus vertientes (asistencial, docente, investigación) queda recogida en los estudios seleccionados. Como ya se ha descrito, son escasas las publicaciones que se dediquen a este tema, Purtilo en los años 70 publica los primeros trabajos que relacionan la bioética y la fisioterapia⁵¹; desde entonces se han ido publicando estudios que la relacionan pero en menor cantidad que para otras ramas de la salud, como pueden ser enfermería o medicina⁵². De la misma forma, la relación entre docencia de bioética y fisioterapia resulta aún más escasa, como queda reflejado en los resultados del presente trabajo. De ahí que para esta revisión no se haya establecido como

⁴⁶ HUGHES, M.C., LAUBSCHER, K.M., BLACK, L. y JENSEN, G.M. «Use of deconstructed cases in physical therapy ethics education: and assessment of student learning». *J. Phys. Ther. Educ.* 2009; 23 (1): 22-28.

⁴⁷ AGUILAR RODRÍGUEZ, M., MARQUÉS SULÉ, E., SERRA-AÑÓ, P., ESPÍ-LÓPEZ, G.V., *et al.* «A Blended-learning programme regarding professional ethics in physiotherapy students». *Nurs. Ethics.* 2018; 26 (5): 1410-1423.

⁴⁸ GEDDES, E.L., SALVATORI, P. y EVA, K.W. «Does moral judgment improve in occupational therapy and physiotherapy students over the course of their pre-licensure training?». *Learn Health Soc. Care.* 2009; 8 (2): 92-102.

⁴⁹ JENSEN, G.M. y RICHERT, A.E. «Reflection on the teaching of ethics in physical therapy education: Integrating cases theory and learning». *J. Phys. Ther. Educ.* 2005; 19 (3): 78-85.

⁵⁰ DELANY, C. y GAUNT, H. «“I left the museum somewhat changed” Visual arts and health ethics education». *Camb. Q. Healthc Ethics.* 2018; 27 (3): 511-524.

⁵¹ PURTILO, R.B. «Understanding ethical issues. The physical therapist as ethicist». *Phys. Ther.* 1974; 54 (3): 239-243.

⁵² AGUILAR RODRÍGUEZ, M. *Modelo formativo para el desarrollo de la competencia ética en estudiantes de Fisioterapia*. [Tesis doctoral]. Valencia. Universidad; 2012.

criterio de inclusión ningún intervalo de tiempo de publicación. Es una realidad, y tal como constata Aguilar Rodríguez, M., en uno de sus estudios⁵³, que los contenidos de Bioética en los programas curriculares universitarios en las titulaciones de fisioterapia en España son escasos. A lo que habría que añadir lo expuesto por Sore Galleguillos, J.⁵⁴ en relación con la escasa formación en ética de los docentes responsables de la transmisión de conocimientos en la titulación.

La comparación entre estudios, tal y como se deduce del análisis individual de cada uno de ellos, resulta complicada en lo que a tipología de estudios y metodologías empleadas se refiere, dada su variabilidad, que va desde estudios con grupos control y experimental hasta estudios *case report*, pasando por estudios longitudinales de antes y después. Las herramientas con las que se extraen los datos y/o variables de los estudios también difieren, de forma que en varios de ellos se utiliza la valoración cualitativa de la narrativa empleada en los trabajos escritos de los estudiantes, como es el caso de los estudios de Hughes, M.C.⁵⁵, Delany, C.⁵⁶ y Jensen, G.M.⁵⁷. Sin embargo, en otros estudios se emplean cuestionarios validados, como el estudio de Aguilar Rodríguez, M. *et al.*,⁵⁸ y en los trabajos de Swisher, L.L.⁵⁹ y Geddes, E.L.⁶⁰ en los que se valora el razonamiento o juicio moral empleando el cuestionario DIT.

Los autores de los artículos seleccionados concluyen que la metodología empleada en cada uno de ellos promovió una mejor formación en ética en los estudiantes de fisioterapia, en aspectos como la actitud hacia la ética, el conocimiento de la ética, la autonomía o la capacidad para el reconocimiento de problemas éticos y su abordaje y en el caso de los dos estudios en los que se estudia el razonamiento moral, una mejoría del mismo. Sin embargo, no hemos encontrado estudios que hagan una comparativa con diferentes metodologías para conocer si el resultado varía entre ellas.

⁵³ AGUILAR RODRÍGUEZ, M. *Modelo formativo para el desarrollo de la competencia ética en estudiantes de Fisioterapia*. [Tesis doctoral]. Valencia. Universidad; 2012.

⁵⁴ SORE GALLEGUILLOS, J. «Bioética en la práctica clínica del fisioterapeuta». *Bio. y Der.* 2020; 48:193-207.

⁵⁵ HUGHES, M.C., LAUSCHER, K.M., BLACK, L. y JENSEN, G.M. «Use of deconstructed cases in physical therapy ethics education: and assessment of student learning». *J. Phys. Ther. Educ.* 2009; 23 (1): 22-28.

⁵⁶ DELANY, C. y GAUNT, H. «I left the museum somewhat changed» Visual arts and health ethics education». *Camb. Q. Healthc Ethics.* 2018; 27 (3): 511-524.

⁵⁷ JENSEN, G.M. y RICHERT, A.E. «Reflection on the teaching of ethics in physical therapy education: Integrating cases theory and learning». *J. Phys. Ther. Educ.* 2005; 19 (3): 78-85.

⁵⁸ AGUILAR RODRÍGUEZ, M., MARQUÉS SULÉ, E., SERRA-ANÓ, P., ESPÍ-LÓPEZ, G.V., *et al.* «A Blended-learning programme regarding professional ethics in physiotherapy students». *Nurs. Ethics.* 2018; 26 (5): 1410-1423.

⁵⁹ SWISHER, L.L., VAN KESSEL, G., JONES, M., BECKSTEAD, J. y EDWARDS, I. «Evaluating moral reasoning outcomes in physical therapy ethics education: stage, schema, phase and type». *Physical Therapy Reviews.* 2012; 17 (3): 167-175.

⁶⁰ GEDDES, E.L., SALVATORI, P. y EVA, K.W. «Does moral judgment improve in occupational therapy and physiotherapy students over the course of their pre-licensure training?». *Learn Health Soc. Care.* 2009; 8 (2): 92-102.



Todo lo anterior, junto al número reducido de trabajos disponibles, dificulta la selección de una metodología que resulte superior en eficacia frente a otras, lo que sí podría indicar esto es que la metodología de la enseñanza de la ética en fisioterapia dispone de un amplio abanico de opciones, así como de un campo de estudio aún por explorar.

Sin embargo, del análisis del contenido de los artículos incluidos en la revisión, hemos podido constatar ciertas similitudes como pueden ser que el estudio de la ética profesional se hace coincidir con los periodos de práctica clínica, lo que a su vez facilita la utilización de casos clínicos reales, simulados o deconstruidos, para una identificación de los problemas éticos presentes, con un posterior análisis de los mismos y establecer así posibles cursos de acción. De la misma manera, es frecuente que todo lo anterior sea evaluado a través del análisis cualitativo de la narrativa generada por los estudiantes durante este tipo de actividad docente, como se hace igualmente en una de las publicaciones⁶¹ donde además se recurre a una técnica docente más creativa utilizando el análisis de una obra de arte como disparador para un análisis ético (en formato narrativo). Según el análisis de los trabajos, se ha constatado que, aunque la coincidencia de la docencia con las prácticas clínicas es prácticamente común en todos los estudios, la ubicación de la misma durante un curso académico concreto es variable.

CONCLUSIONES

El número de artículos disponibles ha resultado limitado y de su análisis se ha deducido que no resulta oportuna una comparación sistemática entre ellos, máxime cuando el contenido en lo que a metodología, población a estudio y variables utilizadas resultó tan dispersa.

Cabe destacar la existencia de algunas similitudes entre algunos de ellos; en lo que a metodología se refiere la utilización del recurso de casos clínicos, reales, simulados o deconstruidos, con docencia en pequeños grupos. Por otra parte, se podría destacar la coincidencia de la docencia de bioética con las prácticas clínicas de los estudiantes. Lo que facilita la utilización de la metodología con casos clínicos.

De las conclusiones anteriores se podría extraer la necesidad de una mayor investigación en el campo de la docencia de la bioética en la formación de los fisioterapeutas.

RECIBIDO: 4/4/2022; ACEPTADO: 6/7/2022

⁶¹ DELANY, C. y GAUNT, H. «I left the museum somewhat changed» Visual arts and health ethics education». *Camb. Q. Healthc Ethics*. 2018; 27 (3): 511-524.

BIBLIOGRAFÍA

- AGENCIA NACIONAL DE EVALUACIÓN DE LA CALIDAD Y ACREDITACIÓN. (ANECA). *Libro Blanco*. Título de Grado en Fisioterapia. 2004.
- AGUILAR RODRÍGUEZ, M. *Modelo formativo para el desarrollo de la competencia ética en estudiantes de Fisioterapia*. [Tesis doctoral]. Valencia: Universidad; 2012.
- AGUILAR RODRÍGUEZ, M., MARQUÉS SULÉ, E., SERRA AÑÓ, P., DUEÑAS MOSCARDÓ, L. y SEMPERE RUBIO, N. «Elaboración y validación del “Cuestionario de actitudes hacia la ética profesional en Fisioterapia”». *Fisioterapia*. 2017; 39 (4): 148-157.
- AGUILAR RODRÍGUEZ, M., MARQUÉS SULÉ, E., SERRA-AÑÓ, P., ESPÍ-LÓPEZ, G.V., *et al.* «A Blended-learning programme regarding professional ethics in physiotherapy students». *Nurs. Ethics*. 2018; 26 (5): 1410-1423.
- AMER CUENCA, J.J. y MARTÍNEZ GRAMAGE, J. «Estudio del marco de referencia bioético en estudiantes españoles de Fisioterapia». *Rev. Iberoam. Fisioter. y Kinesiolo.* 2009; 12 (1): 4-11.
- ASOCIACIÓN DE BIOÉTICA FUNDAMENTAL Y CLÍNICA. *La educación en bioética de los profesionales sanitarios en España. Una propuesta organizativa*. Madrid: ABFyC. 1999.
- BOLÍVAR, A. «El lugar de la ética profesional en la formación universitaria». *Revista Mexicana de Investigación Educativa*. 2005; 10 (24): 93-123.
- DELANY, C. y GAUNT, H. «I left the museum somewhat changed” Visual arts and health ethics education». *Camb. Q. Healthc Ethics*. 2018; 27 (3): 511-524.
- GALÁN GONZÁLEZ, J.M. «Valores éticos interprofesionales compartidos para una asistencia integral». *Cuadernos de Bioética*. XXIV. 2013; 3: 377-389.
- GEDDES, E.L., SALVATORI, P. y EVA, K.W. «Does moral judgment improve in occupational therapy and physiotherapy students over the course of their pre-licensure training?». *Learn Health Soc. Care*. 2009; 8 (2): 92-102.
- GOLDIE, J. «Review of ethics curricula in undergraduate medical education». *Med. Educ*. 2000; 34 (2): 108-119.
- HADDAD, A. y LARSON, R. *Self-efficacy and the ability to resolve ethical problems. Paper presented at: Disciplinary Styles in the Scholarship of Teaching and Learning*, Rockhurst University, 2002, Kansas City, MO.
- HUDON, A. *et al.* «Ethics teaching in rehabilitation: results of pan-Canadian workshop with occupational and physical therapy educators». *Disabil. Rehabil.* 2016; 38 (22): 2244-2254.
- HUDON, A. *et al.* «What place for ethics? An overview of ethics teaching in occupational therapy and physiotherapy programs in Canada». *Disabil Rehabil.* 2014; 36 (9): 775-780.
- HUGHES, M.C., LAUBSCHER, K.M., BLACK, L. y JENSEN, G.M. «Use of deconstructed cases in physical therapy ethics education: and assessment of student learning». *J. Phys. Ther. Educ.* 2009; 23 (1): 22-28.
- JENSEN, G.M. y RICHERT, A.E. «Reflection on the teaching of ethics in physical therapy education: Integrating cases theory and learning». *J. Phys. Ther. Educ.* 2005; 19 (3): 78-85.
- LEITE LADEIRA, T. y KOIFMAN, L. «Interfaz entre fisioterapia, bioética y educación». *Rev. Bioét.* 2017; 25 (3): 68-629.



- LEÓN CORREA, F.J. «Enseñar bioética: cómo transmitir conocimientos, actitudes y valores». *Acta Bioet.* 2008; 14 (1): 11-18.
- MARQUÉS SULÉ, E. *et al.* «Attitudes towards learning professional ethics in undergraduate physiotherapy students: a STROBE compliant cross-sectional study». *Nurse Educ. Today.* 2021; 98: 1-6.
- MARQUÉS SULÉ, E., AGUILAR RODRÍGUEZ, M., DUEÑAS MORCARDÓ, L. *et al.* «Development an Assesmente of the Internal Consistency of the Knowledge towards Professional Ethics in Physiotherapy Questionnaire». *Cuest. Fisioter.* 2017; 46 (2): 97-104.
- MARTÍNEZ URIONABARRENETXEA. «La educación en bioética, camino para la profesionalidad». *Rev. Calid. Asist.* 2011; 26 (1): 62-55.
- MOLINA MONTOYA, N.P. «Formación bioética en ciencias de la salud». *Cienc. Tecnol. Salud Vis. Ocul.* 2016; 14 (1): 117-132.
- MOSCOSO HERRERA, J.R. «Los dilemas del fisioterapeuta en el área asistencial: una mirada a la toma de decisiones». *Mov. Cient.* 2011; 5: 6-24.
- PURTILO, R.B. «Understanding ethical issues. The physical therapist as ethicist». *Phys. Ther.* 1974; 54 (3): 239-243.
- SANTUZZI, C.H., SCARDUA, M.J., BETZEL REETZ, J., SANTOS FIRME, K., OLIVEIRA LIRA, N. y SILVA GONÇALVES. «Aspectos éticos e humanizados da fisioterapia na UTI: una revisao sistemática». *Fisioter. Mov.* 2013; 26 (2): 425-422.
- SORE GALLEGUILLOS, J. «Bioética en la práctica clínica del fisioterapeuta». *Bio. y Der.* 2020; 48:193-207.
- SWISHER, L.L, VAN KESSEL, G., JONES, M., BECKSTEAD, J. y EDWARDS, I. «Evaluating moral reasoning outcomes in physical therapy ethics education: stage, schema, phase and type». *Physical Therapy Reviews.* 2012; 17 (3): 167-175.
- SWISHER, L.L. «Moral reasoning among physical therapists: Results of the defining issues test». *Physiother Res. Int.* 2010; 15 (2): 69-79.
- TRIEZENBERG, H.L. «Beyond the code of ethics: Educating physical therapist for their role as moral agents». *J. Phys. Ther. Educ.* 2000; 14 (3): 48-58.



EL CUENTO DE QUIÉNES SOMOS. EL APOORTE DE LA GERONTOLOGÍA NARRATIVA A LA ATENCIÓN CENTRADA EN EL PACIENTE

Francisco Javier González Paredes*
Servicio Canario de Salud

RESUMEN

El envejecimiento es un proceso complejo, multifactorial, que implica cambios a niveles físicos, emocionales, psicológicos y sociales de las personas. Los pacientes mayores institucionalizados suelen tener un grado de fragilidad y una tendencia a la dependencia mayor que el de otros usuarios, tanto a nivel biológico, como funcional y social. Es por ello que este tipo de pacientes requieran de una serie de cuidados con un marcado carácter integrador, rehabilitador y terapéutico, entre otros. Atendiendo a los pilares de la Atención Centrada en la Persona, este trabajo presenta un proyecto de intervención basado en el uso de la Gerontología Narrativa, con el objetivo de elaborar las Historias de Vida de varios pacientes de una residencia geriátrica de la isla de Tenerife, persiguiendo la mejoría de su estado anímico y el diseño posterior de actividades e intervenciones enfermeras cargadas de significado para cada uno de ellos.

PALABRAS CLAVE: envejecimiento, atención centrada en la persona, gerontología narrativa, historias de vida, anciano institucionalizado.

THE STORY OF WHO WE ARE. THE CONTRIBUTION OF NARRATIVE GERONTOLOGY TO PATIENT-CENTERED CARE

ABSTRACT

Aging is a complex, multifactorial process, which involves changes at physical, emotional, psychological and social levels in people. Institutionalized elderly patients usually have a degree of frailty and a tendency to dependence, both biologically, as well as functionally and socially. It is for this reason that this type of patient requires a series of care with a marked integrative nature, rehabilitative and therapeutic, among others. According Person-Centered Care aims, this article presents an intervention project based on Narrative Gerontology, to elaborate the Life Stories of several patients of a nursing home in Tenerife, searching for the improvement of their state of mind and the subsequent design of nursing activities and interventions loaded with meaning for each of them.

KEYWORDS: aging, person-centered care, narrative gerontology, life stories, institutionalized elderly.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es un proceso heterogéneo, que no ocurre de igual forma en todos de los individuos de una misma especie, aunque exista una base biológica común y algunas afecciones se compartan (Hoyl, 1984). Es por ello que se hace más difícil establecer un concepto único y universal de envejecimiento que se ajuste de igual modo para todas las personas. Podemos considerar que el envejecimiento es un proceso complejo, multifactorial, que se ve afectado tanto por los factores intrínsecos de los individuos como por el entorno y sus relaciones. Implica, no solo una variación física de los individuos, sino que va de la mano de una serie de modificaciones a nivel psicológico y social, entre otros aspectos. Es por ello que su significado, sus resultados e implicaciones variarán en función de la connotación que cada cultura haga de él, así como de la biografía y el medio social en que se desarrolla cada individuo (Alvarado García y Salazar Maya, 2014; Sánchez Hidalgo y Sánchez Hidalgo, 2014).

Existen varias teorías que tratan de explicar el proceso de envejecimiento. La más comúnmente aceptada es la Teoría del Desarrollo Vital de Erikson, la cual amplía los conceptos de desarrollo psicosexual de Freud hacia el desarrollo del contexto psicosocial de las personas, a lo largo de toda su historia de vida (Erikson, 1968; Bordignon, 2005). Erikson entiende el desarrollo psicosocial de las personas como un continuo, dividido en 8 etapas consecutivas. El paso de una etapa a otra viene dado por las exigencias personales y ambientales otorgadas por la sociedad, y cada paso supone un momento de crisis dicotómica, entendido este último término desde el punto de vista de «cambio» y no desde una perspectiva negativa del mismo (Erikson, 1968).

Según refiere el autor, en el momento de crisis ocurre el establecimiento de una «dialéctica entre fuerzas sintónicas y distónicas», y del resultado de esta se establece un patrón de resolución adaptativo positivo, del cual emerge una fuerza positiva, virtud o potencialidad; mientras que, en caso de no resolverse, se establece una situación que conduce a una patología, un estado negativo de defecto o fragilidad (disonía) (Bordignon, 2005). De tal forma, la construcción de la identidad y el desarrollo social del individuo es continuo y sumatorio, siguiendo el principio epigenético postulado por Erikson que determina que «todo ser vivo tiene un plano básico de desarrollo, y es a partir de este plano que se agregan las partes, teniendo cada una de ellas su propio tiempo de ascensión, maduración y ejercicio, hasta que todas hayan surgido para formar un todo en funcionamiento» (Erikson, 1968; Erikson y Erikson, 2000). Siguiendo esta idea, el paso continuo de cada individuo a través de los diferentes puntos de crisis irá estableciendo el todo que conformará al individuo en sus fases finales. De tal forma, los ocho estadios iniciales propuestos por

* Doctor en Biología, Enfermero. Complejo Hospital Universitario de Canarias (CHUC). Servicio Canario de Salud. E-mail: fgonzalez.paredes@gmail.com.

Erikson son jerárquicos, procesales y en continuo desarrollo (Erikson, 1968; Erikson y Erikson, 2000). Atendiendo al último estadio de Adultez tardía o Vejez, Erikson plantea una crisis psicosocial entre dos elementos vitales: la Integridad (elemento sintónico) y la Desesperanza (elemento distónico). En este punto, el objetivo es la obtención de la integridad, que supone la aceptación de la propia persona: su historia personal, la integración emocional de los estadios anteriores, la aceptación de su contribución a la humanidad a través de su propio estilo de vida y su historia, entre otros aspectos (Bordington, 2005). En caso de no lograrse, el adulto se ve abocado a una situación de desesperanza que incluye una situación de desespero, ausencia de valores, falta de aceptación de sí mismo, desdén y miedo a la muerte (Aguarón-García, 2016; Erikson, 1968). Posteriormente, la esposa de Erikson, Joan M. Erikson, reformuló la teoría de su esposo añadiendo una nueva etapa al ciclo (entre los 80-90 años), enfocada hacia la Gerotranscendencia (Erikson y Erikson, 2000). En este último proceso, propone que la persona anciana se verá sometida a un deterioro físico considerable que amenazará directamente su autonomía, los logros de toda la vida, su independencia, y en la cual las fortalezas y virtudes logradas a lo largo de las anteriores etapas obtendrán un valor crítico para superar este proceso (San Martín-Petersen, 2008). Los logros a obtener en este último proceso de crisis serían la esperanza y la fe (San Martín-Petersen, 2008). Lars Tornstam, en su Teoría de la Gerotranscendencia, define este proceso como «un cambio en la metaperspectiva de una visión materialista y racional a una visión cósmica y trascendente, acompañada, por lo general, de un incremento de satisfacción vital» (Tornstam, 2005). A grandes rasgos, el autor defiende que las personas desarrollan signos de trascendencia en tres aspectos: a nivel cósmico, personal y social; siempre bajo la influencia de la historia vital de cada individuo, así como por los aspectos culturales y sociales que lo rodean (Tornstam, 2005). En cuanto al aspecto personal, Tornstam propone que ocurre una pérdida de interés por uno mismo como el centro de las cosas y existe una reflexión personal sobre los aspectos de la personalidad y la historia de vida de cada uno, entre otros signos (Tornstam, 2005). J. Erikson, en su obra del año 2000, hablaba del término de trascendencia como un estado asociado a la tranquilidad de espíritu por parte de las personas mayores, ligado a la búsqueda de madurez y sabiduría, acorde con su teoría. Establecían como elementos comunes, entre otros, que las personas en este punto de su ciclo de desarrollo vital, el tiempo se desdibuja, ciñéndose a los próximos inmediatos (hoy, próxima semana), quedando la ventana de tiempo reducida a lo circunscrito al momento actual, existe una pérdida del miedo a la muerte, la cual se aprecia como sintónica; se busca el espacio personal para la reflexión y la autoobservación (San Martín-Petersen, 2008).

Las personas mayores institucionalizadas poseen una serie de características definitorias que las diferencian de personas de edades más jóvenes. Este tipo de pacientes suelen tener un grado de fragilidad y una tendencia a la dependencia mayor que el de otros usuarios, tanto a nivel biológico como funcional y social (Mayán Santos, 2005). Es por ello, que la atención de estos pacientes debe enfocarse desde un punto de vista biopsicosocial, y cumplir con una serie de características.

Según el estudio publicado por el Departamento de Población del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) en su revista digital *Envejecimiento*



en Red, en 2020 había 9 198 114 personas mayores de 65 años en España, de las cuales 312 688 se encontraban institucionalizadas (Abellán García *et al.*, 2020). En Canarias, según los datos recogidos en el Instituto Canario de Estadística, se computaban un total de 361 259 personas mayores de 65 años a fecha de 1 de enero de 2021, de las cuales 161 682 eran hombres y 199 577 mujeres. Los datos recogidos en la «Encuesta de Ingresos y Condiciones de Vida de los Hogares Canarios» del mismo Instituto, en su versión más reciente de 2018, muestran que 95 159 personas mayores de 65 años presentaban alguna limitación en su actividad diaria y requerían la asistencia a un centro de apoyo o institución. Sin embargo, según la misma encuesta, únicamente 9907 personas se encontraban acudiendo a un centro de apoyo o institución; lo que supone cerca del 10,5% de la población que lo requería. Aunque no se han encontrado datos propios de Canarias acerca del número de pacientes mayores de 65 años institucionalizados, según el informe anteriormente mencionado del Departamento de Población del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC), en 2020 existían en torno a 6102 personas institucionalizadas en Canarias (Abellán García *et al.*, 2020).

La OMS definió en 2016 la Atención Centrada en la Persona (ACP) como aquella «forma de entender y practicar la atención sanitaria que adopta conscientemente el punto de vista de los individuos, los cuidadores, las familias y las comunidades como partícipes y beneficiarios de sistemas de salud que inspiren confianza, estén organizados no tanto en función de enfermedades concretas, sino de las necesidades integrales de la persona, y respeten las preferencias sociales» (OMS, 2016).

La Gerontología Narrativa es aquella parte de la Gerontología que trata de estudiar el proceso de envejecimiento desde el aspecto subjetivo de las personas de interés, a través de las historias y vivencias que narran, partiendo de la premisa de que la vejez se establece como el momento por excelencia en el que las habilidades narrativas cobran mayor significado, ya que los recuerdos y la integración de las vivencias poseen una mayor importancia (Plaza Carmona *et al.*, 2017; Salazar, 2015). Es por ello que varios autores defienden que los programas de intervención basados en la Atención Centrada en el Paciente deben tener un sustento en un enfoque narrativo (Villar y Serrat, 2017). Las técnicas narrativas utilizadas en Gerontología se basan en los procesos de reminiscencia. Dentro de las distintas herramientas empleadas en la Gerontología Narrativa se encuentran las Historias de Vida; siendo esta un relato autobiográfico que realiza una persona de su vida o experiencias, a través de la intervención o guía de otra, que se apoya en otro tipo de documentos o información complementaria aportados por el investigador con el fin de apoyar o reformar ciertos aspectos del relato narrado (Plaza Carmona *et al.*, 2017).

En palabras del sociólogo Pereira de Querioz recogidas en el trabajo de Veras: «lo importante de una historia de vida es que sean captadas las experiencias del entrevistado. Él es quien determina qué es relevante o no para ser narrado (...). Nada puede ser considerado superfluo, pues todo se encadena para componer y explicar su existencia» (Veras, 2010).

El trabajo con los pacientes de edades avanzadas a través de las Historias de Vida está enfocado a potenciar un proceso de envejecimiento lo más favorecedor posible para ellos, con un fuerte arraigo en la teoría del Desarrollo del Ciclo Vital



de Erikson, principalmente, y en la Teoría de la Gerotranscendencia de Tornstam, con la búsqueda del mantenimiento del Proyecto de Vida.

La Historia de Vida se considera una técnica de investigación cualitativa, de tipo descriptivo, con un elevado carácter subjetivo. Pero, además, como se ha descrito anteriormente, supone una herramienta terapéutica narrativa intrínseca a todo ser humano, y con un mayor desarrollo a medida que alcanza mayores edades. Para su elaboración, es habitual el empleo de otras técnicas gráficas de apoyo que ayuden a orientar las sesiones de reminiscencia, como son el Genograma, el Ecograma y la Línea de Vida. El Genograma es una representación gráfica de la familia de la persona a modo de mapa conceptual que recopila información acerca de sus miembros y de las relaciones de parentesco de esta. En el genograma se registra nombre, sexo y edad (o fecha de muerte) de cada individuo (Vernet-Aguiló, 2001). El Ecograma resume, de forma gráfica, las relaciones establecidas por el individuo con su medio ambiente (personas de cercanía, vecindario, amigos...). Se utiliza para estimar la cantidad y calidad de las relaciones socioafectivas del individuo en un momento dado de su vida (Vernet-Aguiló, 2001). La Línea de Vida es otra herramienta metodológica muy utilizada en distintos estudios de investigación. Según la definición aportada por Gramling y Carr (2004), se corresponde con «una representación del pasado y del presente de la historia de vida, que permite visualizar los acontecimientos en orden cronológico y señala la importancia o significado de éstos».

Varios autores han destacado que el uso de las Historias de Vida en la práctica enfermera tiene una serie de beneficios como son el fomento de la humanización de los cuidados (Martin-Zarza y Santos-Martínez, 2016), la personalización de los cuidados en la práctica enfermera que se brindan a cada paciente con intervenciones y actividades más centradas en el plan de actuación de la Atención Centrada en la Persona (Martin-Zarza y Santos-Martínez, 2016; Prats-Roselló y Vernhes, 1996), ofrecer unos cuidados más holísticos a la persona institucionalizada (Aguarón-García, 2016), ayudar a los ancianos a detectar y resolver asuntos pendientes con su pasado, y a disfrutar de los recuerdos evocados; entender, de primera mano, el proceso de envejecimiento a través de los ojos de los propios protagonistas de las historias (Aguarón-García, 2016), ofrecer unos cuidados más holísticos a la persona institucionalizada (Aguarón-García, 2016), la estimulación de la memoria, así como el refuerzo espaciotemporal de los individuos (Martin-Zarza y Santos-Martínez, 2016), fomentar la identidad personal y fortalecimiento del autoconcepto (Martin-Zarza y Santos-Martínez, 2016; Wang, 2005), y mejorar en la situación emocional, disminución de la ansiedad y depresión (Serrano *et al.*, 2004; Wang, 2005; Fortuna-Terrero, 2016).

Los centros de institucionalización con un claro enfoque en la Atención Centrada en la Persona, no solo se han de basar en una Valoración Integral del Anciano institucionalizado que aporte información biopsicosocial, sino que han de tener en cuenta aquellas capacidades y fortalezas con las que cuenta cada individuo que lo hacen especial y lo caracterizan como persona dentro del grupo social del centro; y cuáles son sus expectativas y el desarrollo de su proyecto vital (Martin-Zarza y Santos-Martínez, 2016). Para ello, se hace imprescindible, no solo utilizar técnicas de estudio cuantitativas, sino emplear técnicas cualitativas adecuadas para conocer la



biografía de la persona, como son las entrevistas al paciente y la elaboración de las Historias de Vida acompañados por personal entrenado para ello.

El presente trabajo presenta un Proyecto de Intervención para la promoción de la Atención Centrada en la Persona de pacientes geriátricos institucionalizados a través de la elaboración sus Historias de Vida, cuyos objetivos son mejorar el estado anímico de los pacientes geriátricos institucionalizados y ayudar a las enfermeras para la implementación de intervenciones más significativas para los pacientes, de acuerdo con lo promulgado por los planes de Atención Centrada en la Persona.

Aunque este tipo de proyectos tiene un amplio enfoque multidisciplinar, las enfermeras con un buen entrenamiento y desarrollando las habilidades y capacidades necesarias para el mismo pueden ser líderes para gestionar estas iniciativas debido a que es el personal que más tiempo pasa con los pacientes, quienes más pueden conocerlos y quienes pueden ser sus referentes durante este proceso tan personal, como ya han puesto de manifiesto experiencias anteriores (Mariano-Juárez *et al.*, 2013; Skott, 2001).

Por último, cabe destacar que este proyecto podría considerarse un primer paso en la elaboración futura de los Proyectos de Vida de los pacientes del centro seleccionado, según lo sugerido por Martínez-Rodríguez (2019); con el fin último de mejorar la calidad de vida de estos, facilitando un proceso de envejecimiento exitoso acorde con lo propuesto por Erikson en su Teoría del Ciclo Vital y siguiendo los postulados de la Gerotrascendencia planteados por Tornstam.

MATERIAL Y MÉTODO

El proyecto que se propone consta de dos apartados. En primer lugar, la valoración del nivel de ansiedad y depresión de pacientes geriátricos institucionalizados y su variación a través de los procesos de reminiscencia que implican la elaboración de las Historias de Vida de cada uno. En segundo lugar, este trabajo pretende aportar un aspecto práctico directo y servir de apoyo al personal de enfermería a la hora de diseñar intervenciones más adecuadas con cada paciente, fomentando los pilares de la Atención Centrada en la Persona.

DISEÑO DEL ESTUDIO

Con el fin de evaluar los cambios en los parámetros de ansiedad y depresión de los participantes del estudio, al finalizar las sesiones destinadas a la elaboración de las Historias de Vida, se llevará a cabo un ensayo clínico controlado aleatorizado. De tal forma, se seleccionarán un total de 15 pacientes institucionalizados, a los que se les planteará participar en el Proyecto de Intervención propuesto, formando parte del grupo de estudio. Además, con el fin de evaluar si existen cambios en el estado anímico de los pacientes a nivel de sus grados de ansiedad y depresión, se elegirán 15 pacientes como grupo control, que cumplan los criterios de inclusión en el proyecto pero que no participarán en las sesiones de reminiscencia ni en la elaboración



de sus Historias de Vida; y a los que se les realizará el mismo seguimiento en cuanto a sus niveles de ansiedad y depresión. De tal forma, se podrá comparar el efecto de las sesiones de reminiscencia empleadas en el grupo de estudio.

Tras la elaboración de las Historias de Vida, las propuestas de las intervenciones enfermeras y las actividades basadas en la información obtenida de cada relato; y tras un tiempo de implementación de estas, se reevaluarán los parámetros de ansiedad y depresión del grupo de estudio con el fin de evaluar si las actividades propuestas han modificado el estado anímico de los pacientes.

PARTICIPANTES, CRITERIOS DE INCLUSIÓN, EXCLUSIÓN Y ABANDONO

Contaremos con un grupo de 30 pacientes geriátricos institucionalizados divididos en dos grupos de 15. Para formar parte de este proyecto de Intervención, los pacientes han de cumplir los siguientes criterios.

Criterios de inclusión

- Pacientes mayores de 65 años institucionalizados.
- Pacientes que acuerden participar, voluntariamente, en el proyecto de intervención, a través de la firma del consentimiento informado.
- Pacientes que hayan permanecido ingresados en la institución los últimos 3 meses.
- Pacientes que no presenten ninguna dificultad comunicativa ni de comprensión.

Criterios de exclusión

- Pacientes que rechacen formar parte del proyecto y no firmen el consentimiento informado.
- Pacientes que lleven menos de 3 meses ingresados en la institución.
- Pacientes que presenten alguna dificultad comunicativa o de comprensión.

Criterios de abandono

- Pacientes que fallezcan o sufran ingreso hospitalario durante el tiempo de ejecución del Proyecto de Intervención.
- Pacientes que retiren su consentimiento para formar parte del estudio.
- Pacientes que abandonen la institucionalización.
- Pacientes que sufran alguna alteración cognitiva que les influya en su capacidad comunicativa y/o de comprensión.



- *Funcionalidad de la Reminiscencia*: variable cualitativa que se clasifica en 8 categorías distintas que incluyen Renacimiento de la Amargura, Disminución del Aburrimiento, Conversación, Preparación para la Muerte, Identidad, Mantenimiento de la Intimidad, Solución de Problemas y Enseñar/Informar.
- *Depresión*: variable cualitativa que engloba los pacientes en situación normal, con depresión leve, o depresión severa.
- *Ansiedad*: variable cualitativa que categoriza a los pacientes en situación ausencia, mínima presencia o máxima presencia.

Instrumentos de recogida de datos y de medida

- *Escala de Funciones de la Reminiscencia (Reminiscence Functions Scale, RFS)*. Establece 8 tipos de usos de los procesos de reminiscencia: Renacimiento de la Amargura, Disminución del Aburrimiento, Conversación, Preparación para la Muerte, Identidad, Mantenimiento de la Intimidad, Solución de Problemas y Enseñar/Informar. La escala cuenta con 43 preguntas cuyo procedimiento de respuesta es tipo Likert con 6 niveles de respuesta (1: nunca, 2: casi nunca, 3: poco frecuente, 4: ocasionalmente, 5: a menudo, 6: muy frecuentemente). Cada pregunta está relacionada con una función determinada. La suma de las puntuaciones obtenidas en cada frase determina el grado de uso de cada función de reminiscencia por parte del paciente entrevistado (Webster, 1993).
- *Escala de Depresión Geriátrica (Geriatric Depression Scale, GDS)*. Esta escala fue diseñada para la detección de aspectos depresivos en personas mayores. Consta de 30 preguntas a responder con Sí o No por parte del entrevistado. Cada respuesta se contabiliza como adecuada o inadecuada. En función del número de respuestas inadecuadas, se considera que el paciente se encuentra en un estado normal si el número de respuestas inadecuadas está entre 0 y 9, o si está entre 10-19 se clasificará como paciente deprimido leve, y por encima de 20, como deprimido severo (Yesavage *et al.*, 1983).
- *Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (Hospital Anxiety and Depression Scale, HADS)*. Esta escala valora los síntomas cognitivos y conductuales que presentan pacientes sometidos a un padecimiento crónico, basándose en los 7 días previos a la entrevista con el paciente. La HADS está formada por dos subescalas de 7 ítems cada una que valoran ansiedad (ítems 1-7) y depresión (ítems 8-14) de forma independiente. Durante la entrevista, cada ítem debe ser valorado entre 0 y 3, siendo 0: ausencia/mínima presencia y 3: máxima presencia. A mayor puntuación obtenida, mayor gravedad de los síntomas estudiados (Zigmond y Snaith, 1983; De las Cuevas-Castresana *et al.*, 1995).

PROCEDIMIENTO

Se designará a una enfermera como Profesional de Referencia para cada paciente que vaya a participar en la elaboración de su Historia de Vida. De tal forma, se fomentará el establecimiento de una relación cercana y de confianza y que aporte continuidad al ejercicio de reminiscencia y a la elaboración de la Historia de Vida.

Las sesiones de intervención se desarrollarán con una frecuencia de 2-3 veces por semana, en función del acuerdo llegado con el paciente. Cada sesión de intervención tendrá una duración de 60 minutos. Las sesiones se harán de forma individual, en un espacio a elección del paciente que ofrezca intimidad y tranquilidad, y donde se puedan llevar a cabo las entrevistas sin interrupción. Todas las sesiones, a excepción de la primera, se grabarán haciendo uso de una grabadora de voz. Dichos registros serán utilizados posteriormente para su revisión por parte de las enfermeras de referencia y para la elaboración de la Historia de Vida.

En la primera sesión, la enfermera comenzará la misma conversando con el paciente y tratando de que, a través del diálogo, vaya sintiéndose cada vez más cómodo. Tras esto, se tomarán los datos sociodemográficos del participante y se le entrevistará para completar las Escalas de Funcionalidad de la Reminiscencia, la Escala de Depresión Geriátrica y la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria. Para finalizar, se acordará con el paciente la fecha para una nueva sesión y se le informará de lo que se realizará durante la misma.

En la segunda sesión, se iniciará el trabajo de reminiscencia a través de la elaboración del genograma y el ecograma. Estas dos herramientas serán utilizadas por el profesional de referencia para guiar las posteriores sesiones de reminiscencia enfocadas a la elaboración de la Historia de Vida.

A partir de la tercera sesión, y en sucesivas, se procederá con las entrevistas destinadas a recopilar la información biográfica que conducirá a la elaboración de Historia de Vida del paciente.

Las sesiones de reminiscencia se abordarán de tal forma que se hable sobre toda la vida del paciente, organizada a través de cuatro periodos largo de su vida: infancia, juventud, edad adulta y jubilación (antes de entrar en la residencia). Para ello, la enfermera podrá hacer uso del Genograma y el Ecograma. Durante estas sesiones, se irá completando la Línea de Vida de cada paciente para su posterior análisis.

Al finalizar las sesiones de reminiscencia con el profesional de referencia, se volverá a entrevistar al paciente para rellenar, de nuevo, la Escala de Funciones de la Reminiscencia, la Escala de Depresión Geriátrica y la Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria, con el fin de evaluar los posibles cambios sucedidos tras la intervención.

La información obtenida durante las sesiones de reminiscencia será trascrita y categorizada en cada periodo de vida del paciente, recogiendo menciones literales realizadas por cada paciente. Para completar la información aportada por el paciente, se podrán incluir otros materiales que se consideren significativos como fotografías, lecturas y escritos.



ANÁLISIS DE DATOS CUALITATIVO

Dentro de la investigación cualitativa, partiendo de una perspectiva de análisis constructivista y fenomenológico interpretativo, se han seleccionado los métodos más adecuados para el desarrollo de esta. Con la finalidad de poder realizar la comparación, se utilizan dos métodos complementarios, grupos focales y trabajo individual, con enfoques epistemológicos similares, que proporcionan datos paralelos y nos permiten realizar la triangulación, «para crear una interpretación única, válida y precisa» (Gibbs, 2012). El método fenomenológico de análisis de datos cualitativos persigue entender los fenómenos vivenciados por las personas a través del análisis de sus descripciones o relatos (Gutiérrez-García, 2021).

GRUPO FOCAL DE ANÁLISIS DE RELATOS

Con respecto al análisis y evaluación de los datos recogidos en las sesiones de reminiscencia de cada enfermera con su paciente, se propone la creación de un grupo focal de trabajo en el cual, cada enfermera presentará el relato de su paciente al resto de profesionales de referencia. Dentro de este grupo, se considera de interés que pueda incluirse otro tipo de profesionales del centro como psicólogos y terapeutas, con el fin de aportar una visión transdisciplinar en el análisis.

De forma resumida, en una primera lectura, se leerá, de forma completa, el relato, buscando entender el sentido global del mismo. Seguidamente, en una segunda lectura, se buscarán puntos de interés en el relato, de máxima intensidad por parte del narrador, enmarcándolos en las fases de estudio propuestas en el proyecto: infancia, juventud, edad adulta y jubilación (antes de entrar en la residencia). Finalmente, se ahondará en cada fase a través del relato recogido, categorizando las experiencias y sintetizando las mismas, estableciendo puntos que sean considerados como de interés para el paciente.

Tras este análisis, se elaborará un documento que contendrá el relato del paciente ordenado de forma cronológica, así como una revisión de su Genograma, su Ecograma, su Línea de Vida y cualquier otra documentación gráfica que pudiera ser útil para completar dicho documento. De esta forma, se constituirá la Historia de Vida del paciente. Se hará entrega de una copia de este documento al paciente y se incluirá en su Historia Clínica.

GRUPO FOCAL DE DISEÑO DE INTERVENCIONES ENFERMERAS

Una vez elaborada la Historia de Vida de cada participante, se constituirá un grupo focal formado por las Enfermeras de Referencia y el resto de las enfermeras del centro. Este grupo, partiendo de las conclusiones obtenidas en el grupo focal de análisis de los relatos y las Historias de Vida elaboradas, y bajo la guía de las Enfermeras de Referencia, será el responsable de revisar las intervenciones enfermeras recogidas en el Plan Actividades de Enfermería de cada paciente y establecer,

de forma conjunta y consensuada, los cambios en las mismas y en las actividades diarias de cada paciente que puedan resultar más satisfactorias y sean más significativas para cada uno. Dichas propuestas serán incluidas en la Historia Clínica de cada paciente junto con su Historia de Vida.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Todos los profesionales que participarán en el presente proyecto de intervención garantizarán la confidencialidad de los datos recogidos acorde a la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Igualmente, se garantizará la libre disposición por parte de los participantes de abandonar el proyecto en cualquier momento, previa solicitud al equipo director del proyecto, de acuerdo con lo establecido en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

Los datos recogidos durante la ejecución del proyecto solo podrán ser empleados con fines científicos y para la implementación de nuevas intervenciones enfermeras de acuerdo a lo estipulado en los objetivos del presente proyecto. De igual modo, los datos obtenidos no podrán ser utilizados, sin autorización previa, para otra finalidad distinta de la recogida en los objetivos del presente proyecto.

El personal que desarrolla su labor bajo las directrices de este proyecto garantiza que se respetará la normativa en materia de bioética recogida en el informe Belmont y en la Ley 14/2007, de 3 de julio, de investigación biomédica.

RECIBIDO: 15/5/2022; ACEPTADO: 20/9/2022



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABELLÁN GARCÍA, A., ACEITUNO NIETO, P., FERNÁNDEZ MORALES, I., RAMIRO FARIÑAS, D. y PUJOL RODRÍGUEZ, R. (2020). «Una estimación de la población que vive en residencias de mayores». *Informes Envejecimiento en red [en línea]* [fecha de acceso 16 de marzo de 2022]; URL disponible en <https://envejecimientoenred.es/estimacion-de-la-ocupacion-en-residencias-de-personas-mayores-por-comunidad-autonoma-2020/>.
- AGUARÓN-GARCÍA, M.J. (2016). *La Historia de Vida como Herramienta en la Mejora de los Cuidados Gerontológicos*. [Tesis doctoral]. Tarragona: Universitat Rovira i Virgili; 2016.
- ALVARADO GARCÍA, A. y SALAZAR MAYA, A. (2014). «Análisis del concepto de envejecimiento». *Gerokomos*, 25(2): 57-62. <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200002>.
- BORDINGNON, N.A. (2005). «El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto». *Revista Lasallista de Investigación*, 2 (2): 50-63.
- DE LAS CUEVAS-CASTRESANA, C., GARCÍA-ESTRADA PÉREZ, A. y DE RIVERA, G. (1995). «Hospital Anxiety and Depression Scale” y Psicopatología Afectiva». *An Psiquiatría*, 11(4): 126-130. Disponible en http://psicoter.es/pdf/95_A138_03.pdf.
- ERIKSON, E. y ERIKSON, J. (2000). *El ciclo vital completado*. Barcelona: Editorial Paidós.
- ERIKSON, E. (1968a). *Identidad, Juventud y Crisis*. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- FORTUNA-TERRERO, F.B. (2016). *Reminiscencia en Adultos Mayores No Institucionalizados de República Dominicana: Seguimiento de una Intervención*. [Tesis doctoral]. Valencia: Universitat de València.
- GIBBS, G. (2012). *El análisis de datos cualitativos en Investigación Cualitativa*. Madrid (España). Ed. Morata.
- GRAMLING, L.F. y CARR, R.L. (2004). «Lifelines: a life history methodology». *Nurs Res*, 53(3): 207-210. <https://doi.org/10.1097/00006199-200405000-00008>.
- GUTIÉRREZ-GARCÍA, A.I., SOLANO-RUIZ, C., SILES-GONZÁLEZ, J. y PERPIÑÁN-GALVAN, J. (2021). «Life Histories and Lifelines: A Methodological Symbiosis for the Study of Female Genital Mutilation». *Int. J. Qual. Methods.*, 20: 1-11. <https://doi.org/10.1177/16094069211040969>.
- HOYL MORENO, T. (1984). «Teorías actuales de envejecimiento». *Ars Médica*, 13 (3): 1-17. <https://doi.org/10.11565/arsmed.v32i2.258>.
- MARIANO-JUÁREZ, L., RODRÍGUEZ-MARTÍN, B. y CONDE-CABALLERO, D. (2013). «Cuidados basados en narrativas. Redefiniendo la jerarquía de la evidencia». *Index Enferm [on line]*, 22(1-2). Disponible en https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962013000100012.
- MARTÍNEZ-RODRÍGUEZ, T. (2019). *Guía para activar el proyecto de vida de personas mayores que viven en entornos residenciales. Prestación del catálogo de servicios sociales*. Ed. Junta de Castilla y León.
- MARTIN-ZARZA, E., SANTOS-MARTÍNEZ, V. (2016). «Las historias de vida y su manejo terapéutico en los centros gerontológicos». *Neurama*, 3(1): 16-22. Disponible en <http://psicogerontologia.org/wp-content/uploads/2014/02/articulo3.pdf>.
- MAYÁN SANTOS, J.M. (2005). «Las personas mayores en el ámbito sociosanitario», en *Enfermería de Cuidados Sociosanitarios*. Madrid (España): DAE Editorial, pp. 153-164.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS) (2016). *Marco sobre servicios de salud integrados y centrados en la persona*. 69.ª Asamblea Mundial de la Salud. Ginebra. Disponible en https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/253079/A69_39-sp.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

- PLAZA CARMONA, M., REQUENA HERNÁNDEZ, C. y ÁLVAREZ MERINO, P. (2017). «La Narrativa Gerontológica. Perspectiva Subjetiva del Conocimiento de la Vejez». *INFAD Revista de Psicología*, (2): 57-66. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2017.n2.v2.1079>.
- PRATS-ROSELLÓ, L. y VERNHES, T. (1996). «Cuando el silencio habla». *Gerokomos*, 19 (8):11-14.
- RYBARCZYK, B. y AUERBACH, S. (1990). «Reminiscence interviews as stress management interventions for older patients undergoing surgery». *Gerontologist*, 30: 522-528. <https://doi.org/10.1093/geront/30.4.522>.
- SALAZAR, M. (2015). «Aproximaciones desde la Gerontología narrativa: La memoria autobiográfica como recurso para el desarrollo de la identidad en la vejez». *Anales en Gerontología*, 7(7): 41-68. Disponible en <http://revistas.ucr.ac.cr/index.php/gerontologia/article/view/17537/24842>.
- SAN MARTÍN-PETERSEN, C. (2008). «Espiritualidad en la Tercera Edad. Psicodebate». *Psicología, Cultura y Sociedad*, (8): 111-128. <https://doi.org/10.18682/pd.v8i0.420>.
- SÁNCHEZ HIDALGO, E., SÁNCHEZ HIDALGO, L. (1990). *La psicología de la vejez*. 5.ª ed. Puerto Rico: Editorial Universitaria.
- SERRANO, J.P., LATORRE, J.M., GATZ, M., MONTANES, J. (2004). «Life review therapy using autobiographical retrieval practice for older adults with depressive symptomatology». *Psychol. Aging*, 19(2): 270-277. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.19.2.270>.
- SKOTT, C. (2001). «Caring narratives and the strategy of presence: narrative communication in nursing practice and research». *JAMA*, 286 (15): 1897-1902. <https://doi.org/10.1177/08943180122108364>.
- TORNSTAM, L. (2005). *Gerotranscendence: A Developmental Theory of Positive Aging*. EE. UU. Ed. Springer.
- VERAS, E. (2010). «Historia de vida: ¿un método para las ciencias sociales?». *Cinta de Moebio*, (39): 142-152. <http://dx.doi.org/10.4067/S0717-554X2010000300002>.
- VERNET-AGUILÓ, F (2001). «La historia de vida en la intervención gerontológica: instrumentos y método para la elaboración». *Gerokomos*, 12 (4): 148-156. Disponible en <http://gerokomos.com/wp-content/uploads/2015/01/12-4-2001-148.pdf>.
- VILLAR, F., SERRAT, R. (2017). «Hable con ellos: cuidados narrativos en el marco de una atención centrada en la persona». *Rev. Esp. Geriatr. Gerontol*, 52(4): 216-222. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2016.06.004>.
- WANG, J.J. (2005). «The effects of reminiscence on depressive symptoms and mood status of older institutionalized adults in Taiwan». *Int J. Geriatr. Psychiatry*, 20(1): 57-62. <https://doi.org/10.1002/gps.1248>.
- WEBSTER, J.D. (1993). «Construction and Validation of the Reminiscence Functions Scale». *J. of Gerontol*, 48: 256-262. <https://doi.org/10.1093/geronj/48.5.P256>.
- YESAVAGE, J.A., BRINK, T.L., ROSE, T.L., LUM, O., HUANG, V., ADEY, M.B. y LEIRER, V.O. (1983). «Development and validation of a geriatric depression screening scale: A preliminary report». *J. of Psychiatr. Res.*, 17: 37-49. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(82\)90033-4](https://doi.org/10.1016/0022-3956(82)90033-4).
- ZIGMOND, A.S. y SNAITH, R.P. (1983). «The Hospital Anxiety and Depression Scale». *Acta Psychiatr Scand*, 67: 361-370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>.



CARACTERIZACIÓN DE PERSONAS DOLIENTES QUE MANIFIESTAN DUELO INADAPTADO

Daniel Martínez-Esquivel* y
Alfonso Miguel García-Hernández**

RESUMEN

Objetivo: explorar las características de personas dolientes que manifiestan duelo inadap-
tado. Materiales y métodos: análisis secundario. Muestra a conveniencia de 251 dolientes.
Recolección de datos con encuesta compuesta por características sociodemográficas y
de salud, y relacionadas con la pérdida, Escala de inclusión del otro en el yo, Escala de
Continuidad de Vínculos, Diagnósticos NANDA-I. Se utilizó análisis descriptivo, U de
Mann-Whitney, V de Cramer; $p < 0.05$. Resultados principales: 55,40% manifestó duelo
inadaptado. Diferencias significativas entre duelo inadap-
tado y otros tipos de duelo en
percepción de cercanía del fallecido y continuidad de vínculos. Asociaciones significativas
entre duelo inadap-
tado con parentesco con la persona fallecida, tiempo transcurrido desde
la pérdida, recibir ayuda para superar la pérdida, ser el cuidador principal. Conclusión: las
características de las personas dolientes que manifiestan duelo inadap-
tado dependen de
circunstancias concretas personales, sociales y culturales.

PALABRAS CLAVE: adaptación psicológica, aflicción, personas, pesar.

CHARACTERIZATION OF BEREAVED PEOPLE
WHO MANIFEST MALADAPTIVE GRIEVING

ABSTRACT

Objective: to explore the characteristics of bereaved people who manifest maladaptive
grieving. Materials and Methods: secondary analysis. Convenience sample of 251 bereaved
people. Data collection with a survey composed of sociodemographic and health charac-
teristics, and those related to loss, Inclusion of other in self scale, Continuing Bonds Scale,
Nursing Diagnoses. Descriptive analysis, Mann-Whitney U, Cramer V were used; $p < 0.05$.
Principal results: 55.40% expressed maladaptive grieving. Significant differences between
maladaptive grieving and other types of grieving in perception of closeness to the deceased
and continuing bonds. Significant associations between maladaptive grieving with kinship
with the deceased person, time elapsed since the loss, receiving help to overcome the loss,
being the main caregiver. Conclusion: the characteristics of bereaved people who manifest
maladaptive grieving depend on specific personal, social and cultural circumstances.

KEYWORDS: adaptation, bereavement, grief, persons.

INTRODUCCIÓN

En el contexto del duelo, una persona doliente se refiere a quien ha sufrido una pérdida significativa que conlleva la vivencia de un curso doloroso que impacta la vida en todas sus dimensiones con cambios positivos, o en ocasiones negativos. Este curso podría convertirse en una respuesta que acercaría la aceptación de la muerte sin necesidad de disolver la relación con la persona fallecida sino reconsolidarla. A veces, el dolor acompaña al duelo en la integración de una nueva realidad sin el ser querido (Rubin *et al.*, 2021).

En lo particular, el duelo es un proceso complejo que se presenta como una oportunidad para mejorar la calidad de vida de las personas dolientes a niveles intra-, inter- y extrapersonales. La mayoría de dolientes se ajusta al duelo sin ayuda profesional, sin embargo, algunos(as) podrían experimentar dificultades severas presentando complicaciones físicas y mentales (Tidwell *et al.*, 2021).

En ese marco, el duelo se comprende como una respuesta humana de adaptación que surge ante la muerte, real o percibida, de una persona valiosa. Es un proceso natural autolimitado que presenta manifestaciones concernientes a síntomas de separación, cogniciones, conductas o lesiones que afectan la salud (García-Hernández *et al.*, 2021).

Por lo tanto, la respuesta es adaptativa cuando la persona tiene la disposición de integrar de modo funcional la pérdida a la nueva realidad avivando la aspiración de mejorar la calidad de vida integralmente, y es inadaptable cuando la experiencia de sufrimiento no sigue la pauta social esperada dentro de un grupo ocasionando síntomas gastrointestinales, síntomas depresivos, incredulidad, búsqueda de la persona fallecida, incremento de la morbilidad, entre otros (Herdman *et al.*, 2021).

Consecuentemente, el proceso de duelo inadaptable ha sido estudiado desde diferentes disciplinas con el propósito de mejorar su comprensión, en razón de lo cual se busca ayudar y cuidar a quien lo necesite (Prigerson *et al.*, 2013; Rodríguez-Álvarez *et al.*, 2019). Por un lado, desde la medicina se han propuesto los diagnósticos de «Trastorno de duelo complejo persistente», incluido en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales-V (DSM-V), y de «Trastorno de duelo prolongado» para la Clasificación Internacional de Enfermedades-11 (CIE-11); ambos con tintes clínicos para uso médico, psiquiátrico y psicológico (Wada *et al.*, 2022).

Por otro lado, en la Enfermería se plantearon nuevos diagnósticos: «Disposición para mejorar el duelo», «Duelo inadaptable» y «Riesgo de duelo inadaptable» para la organización NANDA-I bajo una filosofía más humanista que incorpora factores biológicos, psicológicos, sociales, culturales y espirituales en el cuidado; y fundamentados en el proceso de Enfermería (PE). Anteriormente se conocían las

* Máster. Estudiante en el Programa de Doctorado en Ciencias Médicas y Farmacéuticas, Desarrollo y Calidad de Vida, Universidad de La Laguna. San Cristóbal de La Laguna. S/C de Tenerife. Correo electrónico: alu0101456164@ull.edu.es.

** Doctor. Profesor titular. Departamento de Enfermería, Universidad de La Laguna.

etiquetas «Duelo», «Duelo complicado» y «Riesgo de duelo complicado» (Herdman *et al.*, 2021).

El diagnóstico «Duelo inadaptado» tiene un nivel de evidencia alto (3.4), se ha configurado por características definitorias (ansiedad, estrés excesivo, entre otras); factores relacionados (por ejemplo, apoyo social inadecuado, baja evitación del apego); poblaciones en riesgo (como personas con antecedentes de maltrato infantil o duelo no resuelto); y condiciones asociadas (trastorno de ansiedad y depresión). En esta premisa se desarrolla este trabajo (Elsevier, 2023). Para efectos de este trabajo las características del duelo inadaptado se conforman por sociodemográficas y de salud, relacionadas con la pérdida, inclusión del otro en el yo y continuidad de vínculos (CV).

Sumado a esto, literatura reciente ha estudiado las manifestaciones del duelo complicado y del duelo prolongado con poblaciones variadas. En personas que han sufrido una pérdida por muerte violenta no se encontró una correlación significativa con duelo prologado pero sí con sentido de paz y CV, empero, con el paso del tiempo a quienes se les dificultó encontrarle significado a la muerte presentaron síntomas de duelo prolongado como sensación de vacío y falta de sentido (Milman *et al.*, 2017).

Acorde al PE llevado a cabo por enfermeras de atención primaria en el cuidado de personas dolientes se constató que las intervenciones frente al duelo complicado se dirigían a estrategias como la relación interpersonal para escuchar, facilitar el duelo y fortalecer las actividades de afrontamiento esperando provocar cambios positivos en los ámbitos mental y social (Rodríguez-Álvaro *et al.*, 2018).

En un análisis de la prevalencia del duelo en personas usuarias de servicios de atención primaria, se probó que son más las mujeres diagnosticadas con etiquetas que tienen como núcleo el duelo en consideración de los hombres. Adicional, se observaron factores de riesgo para el duelo complicado como depresión, ansiedad y riesgo de soledad (Rodríguez-Álvaro, 2020).

Tales descripciones han favorecido la comprensión del fenómeno y mejorado las prácticas de cuidado. Debido a lo anterior, surgiría la necesidad de acrecentar la exploración de las complicaciones en el duelo bajo la proposición del diagnóstico de «Duelo inadaptado» mediante la caracterización de más personas que experimentan la pérdida de un ser querido. Así la Enfermería y la Enfermería de Salud Mental alcanzarían más sensibilidad para centrar el cuidado en la persona y sus necesidades justificado en conocimiento científico. Por consiguiente, se plantea como objetivo explorar las características de personas dolientes que manifiestan duelo inadaptado.

Se procura probar las subsecuentes hipótesis:

- H₁ Existen diferencias entre la presencia de duelo inadaptado y otros tipos de duelo de acuerdo con la inclusión del otro en el yo y la continuidad de vínculos.
- H₂ Existen asociaciones de las características relacionadas con la pérdida y el duelo inadaptado.



MATERIALES Y MÉTODOS

Análisis secundario de una investigación que se realizó en la comunidad autónoma de Canarias sobre el duelo y la CV durante el 2021 que tuvo como objetivo la validación y adaptación de la Escala de Continuidad de Vínculos (ECoVin; García-Hernández *et al.*, 2021). En este análisis secundario se pretende responder cuestiones que no fueron consideradas antes.

La población de estudio se conformó por las personas dolientes, con criterios de inclusión como persona mayor de edad, residente en Santa Cruz de Tenerife o Las Palmas, dominio del idioma español, haber sufrido la pérdida de un ser querido sin tomar en cuenta el tiempo transcurrido. No se establecieron criterios de exclusión, sin embargo, se separaron los datos de quienes no completaron en su totalidad el instrumento de recolección.

La muestra fue a conveniencia, participaron 251 dolientes ($n=251$), con una media de edad de 45,09 años ($DE=10,38$). El 77,30% ($n=194$) se identificó como mujer y el 22,70% ($n=57$) como hombre, 57,00% ($n=143$) era residente de Santa Cruz de Tenerife y 43,00% ($n=108$) de Las Palmas. Por demás, 55,40% ($n=139$) manifestó características definitorias y/o factores relacionados de duelo inadaptado.

La recolección de datos se realizó por medio de una encuesta en línea de Google Forms que se dividió de la siguiente manera:

Características sociodemográficas y de salud. Se identificó sexo, edad, residencia y estado de salud general.

Características relacionadas con la pérdida. Se consultó parentesco con la persona fallecida, tiempo desde que sucedió la muerte, causa de la muerte, si era el cuidador principal de la persona fallecida, si existían conflictos por resolver, si recibió ayuda para superar la pérdida.

Escala de inclusión del otro en el yo (Inclusion of other in self scale; Aaron *et al.*, 1992). Se refiere a un instrumento pictórico que mide la cercanía con la persona fallecida en un solo ítem que ilustra 7 imágenes de círculos contiguos, uno representa al yo y el otro al ser querido. Las opciones de respuesta se interpretan desde la imagen 1 «menor cercanía» hasta la imagen 7 «mayor cercanía».

ECoVin (Continuing Bonds Scale; Field *et al.*, 2009). Evalúa el vínculo con un ser querido fallecido. En la adaptación y la validación al español presentó un Alfa de Cronbach de 0,914 (García-Hernández *et al.*, 2021). Se compone de 16 preguntas, por ejemplo, «Me he dado cuenta de que he intentado cumplir los deseos de la persona fallecida» o «He llegado a sentir el tacto de la persona fallecida en mi propia piel», que utilizan una escala de Likert con 4 posibles respuestas de 1 a 4, donde 1 es «para nada» y 4 «constantemente». Puntuaciones más altas indican mayor vínculo, la puntuación mínima es de 16 y la máxima de 64. Asimismo, posee dos subescalas que miden la CV interna (10 ítems), y externa (6 ítems). Se reportó un $\alpha=0,913$ para toda la escala, $\alpha=0,899$ para la subescala de CV interna y $\alpha=0,871$ para CV externa.

Diagnósticos de NANDA-I (Herdman *et al.*, 2021). «Disposición para mejorar el duelo», «Duelo inadaptado» y «Riesgo de duelo inadaptado», se valoró la presencia de características definitorias y de factores de riesgo en cada participante.

Para la asignación diagnóstica se consideró la presencia de al menos dos características definitorias o dos factores de riesgo.

El reclutamiento se realizó de manera virtual con un enlace que se envió a potenciales participantes con una carta de presentación donde se explicó el propósito y las particularidades del estudio, y se solicitó la colaboración para participar.

Los datos se descargaron y depuraron en una base de datos en el programa IBM SPSS versión 25. Se realizó un análisis estadístico que incluyó distribuciones de frecuencia, medidas de tendencia central y de variabilidad para determinar las características de la muestra. Se usó estadística no paramétrica para conocer las diferencias de dos muestras independientes, U de Mann-Whitney, y para establecer asociaciones entre las variables, la prueba V de Cramer. Se utilizó un nivel de significancia de $p < 0,05$. No se reportaron valores perdidos.

Se respetó la dignidad de cada doliente al validar todos sus derechos mediante la guía de principios éticos y buenas prácticas de investigación. Cada uno(a) tuvo derecho de acceder a un consentimiento informado para aceptar o rechazar su colaboración. El protocolo fue aprobado por el Comité de Ética de la Investigación y Bienestar Animal de la Universidad de La Laguna (CEIBA2021-0454).

RESULTADOS

Respecto a las características sociodemográficas y de salud, la edad media de las personas que manifestaron duelo inadaptado ($n=139$) fue de 43,60 años ($DE=10,09$), el mínimo fue de 20 años y el máximo de 73 años. De acuerdo al sexo, 21 (15,10%) se identificaron como hombres, 118 (84,90%) como mujeres. El 47,50% ($n=66$) residía en Santa Cruz de Tenerife, el 52,50% ($n=73$) en Las Palmas. La mayoría reportó no padecer enfermedad física ni mental, 83,50% ($n=116$) y 96,40% ($n=134$). Las características relacionadas con la pérdida se pueden consultar en la tabla 1.

En cuanto a la inclusión del otro en el yo y la CV de los(as) dolientes que manifestaron duelo inadaptado, en el orden usual, se obtuvo una media de 5,56 ($DE=1,76$) que sugeriría una relación cercana con la persona fallecida y una media de 35,48 (9,29) que referiría una CV moderada. La CV interna ($X=26,37$, $DE=6,72$) y la CV externa ($X=9,12$, $DE=3,72$) demostrarían un lazo moderado. En la tabla 2 se muestra la comparación con otros tipos de duelo.

Los resultados evidenciaron diferencias significativas entre las muestras, por lo que se aceptaría H_1 .

Se establecieron algunas asociaciones moderadas significativas entre las características relacionadas con la pérdida y el duelo inadaptado como en el parentesco con la persona fallecida ($V=0,373$); en el tiempo transcurrido desde la pérdida ($V=0,399$) y con recibir ayuda para superar la pérdida ($V=0,337$). Además, asociaciones débiles significativas si era el cuidador principal ($V=0,131$). Con el resto de variables no se establecieron correlaciones significativas.

Se aceptaría parcialmente H_2 debido a que no se establecieron asociaciones con todas las características relacionadas con la pérdida.



TABLA 1. DISTRIBUCIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS RELACIONADAS CON LA PÉRDIDA DE LAS PERSONAS DOLIENTES (n=251)					
Variable		DUELO INADAPTADO (n=139)		OTROS TIPOS DE DUELO (n=112)	
		<i>fi</i>	% <i>válido</i>	<i>fi</i>	% <i>válido</i>
		Parentesco con la persona fallecida	Abuelo(a)	7	5,00
Padre/madre	61		43,90	46	41,10
Hermano(a)	11		7,90	8	7,10
Hijo(a)	27		19,40	6	5,40
Pareja	12		8,60	5	4,50
Amigo(a)	7		5,00	5	4,50
Otro	14		10,10	9	8,00
Tiempo transcurrido desde la pérdida	3 meses o menos	10	7,20	4	3,60
	Entre 3 y 6 meses	8	5,80	0	0,00
	Entre 6 y 9 meses	6	4,30	0	0,00
	Entre 9 meses y 1 año	3	2,20	1	0,90
	Entre 1 y 2 años	28	20,10	10	8,90
	Entre 2 y 5 años	46	33,10	29	25,90
	Entre 5 y 10 años	18	12,90	21	18,80
	Entre 10 y 20 años	16	11,50	30	26,80
	Hace más de 20 años	4	2,90	17	15,20
Causa de muerte	Enfermedad crónica	28	20,10	38	33,90
	Enfermedad aguda	29	20,90	26	23,20
	Cáncer	46	33,10	32	28,60
	Pérdida perinatal o durante el embarazo	11	7,90	3	2,70
	Accidente	14	10,10	8	7,10
	Suicidio	9	6,50	4	3,60
	Homicidio	2	1,40	1	0,90
Cuidador	No	70	50,40	71	63,40
	Sí	69	49,60	41	36,60
Dependencia económica de la persona fallecida	No	122	87,80	105	93,80
	Sí	10	7,20	5	4,50
	Tal vez	7	5,00	2	1,80
Conflictos por resolver con la persona fallecida	No	103	74,10	96	85,70
	Sí	16	11,50	7	6,30
	Tal vez	20	14,40	9	8,00
Recibió ayuda para superar la muerte	No	72	51,80	94	83,90
	Sí	67	48,20	18	16,10

Fuente: elaboración propia.

TABLA 2. COMPARACIÓN ENTRE LA PRESENCIA DE DUELO INADAPTADO Y OTROS TIPOS DE DUELO DE ACUERDO A LA INCLUSIÓN DEL OTRO EN EL YO Y LA CONTINUIDAD DE VÍNCULOS (n=251)

	DUELO INADAPTADO (n=139)		OTROS TIPOS DE DUELO (n=112)		p-valor
	X (DE)	IC 95%	X (DE)	IC 95%	
Inclusión del otro en el yo	5,56 (1,76)	5,27-5,86	4,74 (2,01)	4,36-5,12	0,001
CV	35,48 (9,29)	33,92-37,04	28,79 (7,22)	27,44-30,15	0,001
CV interna	26,37 (6,72)	25,24-27,50	21,61 (6,05)	20,47-22,74	0,001
CV externa	9,12 (3,72)	8,49-9,74	7,19 (1,96)	6,82-7,55	0,001

Nota: X: media; DE: desviación estándar; IC: intervalo de confianza.
Fuente: elaboración propia.

DISCUSIÓN

Acerca de la caracterización de las personas dolientes que manifiestan duelo inadaptado, los resultados describirían diferencias entre el duelo inadaptado y otros tipos de duelo de la forma en que perciben la cercanía de la persona fallecida y en la manera en que expresan la CV. También asociaciones significativas respecto al parentesco con la persona fallecida, tiempo transcurrido desde la pérdida, recibir ayuda para superar la muerte y haber sido el cuidador principal. Ante lo anterior, se acepta H_1 y parcialmente H_2 .

Se han estimado prevalencias divergentes sobre el duelo inadaptado proponiendo oscilaciones que van de 7,00% a 15,00%, incluso de 2,50% hasta 20,00%, de las personas en duelo. A pesar de las diferencias, los resultados podrían inferir que dicho rango dependería de las características en torno a la muerte precisadas por los contextos individuales, grupales, sociales y culturales en los que sucede de modo que no convendría su generalización (Rodríguez-Álvaro *et al.*, 2022).

Así pues, la apreciación continua de cercanía con la persona fallecida junto a sus vínculos internos y externos corrobora que la persona doliente no pretende desconectarse del ser querido que ha muerto. Sentimientos como el amor o valores como la fidelidad sostienen que la realidad de mantener un lazo después de la muerte es un proceso completamente natural en el proceso de duelo (Sirrinc *et al.*, 2018).

Las diferencias evidenciadas entre duelo inadaptado y otros tipos de duelo a razón de la inclusión del otro en el yo y de la CV han sido un elemento de debate. Definitivamente predecir la función adaptativa o desadaptativa de la CV en el duelo es arriesgado ante la subjetividad e integralidad del proceso. No obstante, se ha señalado que cuando la CV se acompaña de la aceptación de la realidad de muerte y la elaboración de significados alrededor de la misma tiene un efecto de adaptación (Karydi, 2018).

Aunque se ha mostrado que los niveles altos de CV mantendrían una relación con el duelo inadaptado. En ese sentido, se ha expuesto que la CV interna dentro de su intimidad tiende a favorecer la aceptación de la realidad de la muerte



y por ende la adaptación. Por el contrario, la CV externa enfatiza en el reclamo de la proximidad física que desapareció con la muerte, proliferando la desadaptación. Los resultados supondrían que en esta población habría dificultad para la superación de la pérdida y el encuentro del sentido (Karydi, 2018).

Atinente a las correlaciones registradas entre algunas características relacionadas con la pérdida y el duelo inadaptado, se ha argumentado que la muerte de una persona significativa agravaría los síntomas de separación y las lesiones de la pérdida. Asimismo, se ha verificado que el parentesco incrementaría el riesgo de duelo inadaptado si la persona fallecida era joven, pareja, padre o madre, o si existía una relación dependiente (Barreto *et al.*, 2012).

En atención del tiempo transcurrido desde la pérdida, se ha reportado que superados los 5 años se incrementarían los síntomas del duelo aliado a la intensidad en que se exprese la CV. Aunado a que mantener lazos a lo largo del tiempo se ha relacionado con síntomas intensos del duelo y manifestaciones de depresión en prospectiva (Sirrine *et al.*, 2018; Stroebe *et al.*, 2012).

Tocante a recibir ayuda profesional en el manejo del duelo, se ha constatado que aquellos(as) dolientes que presentan complicaciones son derivados a servicios de salud mental posterior al primer y segundo año de recibir el diagnóstico de Enfermería. Se podría distinguir que el sufrimiento provocado en el duelo inadaptado genera la necesidad de cuidados más especializados (Rodríguez-Álvaro, 2019).

Si bien existen muchos efectos positivos de cuidar a una persona enferma, aquellas personas que se desempeñaron como cuidadoras principales deben enfrentarse a todos los estresores que envuelven el cuidado directo adicionando las privaciones que adoptaron, en ocasiones, menguantes de su proyecto de vida. Igualmente, comprender que ya no se benefician de su rol en dicha relación, lo que compromete su calidad de vida relacionada a la salud (Rubin *et al.*, 2021).

Se podría explicar que en esta población los resultados obtenidos demostrarían que la influencia de algunas circunstancias alrededor del duelo moldearía el éxito del duelo (o fracaso) en las personas dolientes.

Por último, una fortaleza de este trabajo es que se presentan las características de las personas dolientes que manifiestan duelo inadaptado detalladamente, facilitando su entendimiento. Aún no se está exento de limitaciones importantes de señalar. Se puede citar que la mayoría de los(as) participantes se identificaron como mujeres, haciendo predominar sus experiencias de duelo inadaptado. La índole de la encuesta autoadministrada limitaría su precisión de medida. Debido al diseño, no se establecen relaciones causales entre las variables de estudio.

CONCLUSIÓN

Las características de las personas dolientes que manifiestan duelo inadaptado son particulares y dependientes de los entornos intra-, inter- y extrapersonales. Para esta población en específico, mantienen diferencias sobre la cercanía y los lazos con la persona fallecida concomitantes con el parentesco, el tiempo transcurrido, haber sido el cuidador principal y haber recibido ayuda profesional.



Para la investigación, las recomendaciones se dirigen al desarrollo de pesquisas epidemiológicas con múltiples diseños que revelen las necesidades de cuidado en grupos específicos que guíen un ejercicio profesional basado en la evidencia tomando en cuenta los roles de género, culturales, espirituales, entre otros.

Recomendaciones para la práctica de la Enfermería suscitan la creación de estrategias de prevención individuales y/o grupales focalizadas en las necesidades expuestas que promuevan la integración de vínculos internos y la construcción de significados a partir de intervenciones de calidad científica.

CONFLICTO DE INTERESES

Se declara que no existe conflicto de interés.

RECIBIDO: 10/10/2022; ACEPTADO: 10/11/2022



REFERENCIAS

- ARON, A., ARON, E.N. y SMOLLAN, D. (1992). «Inclusion of the other in the self scale and the structure of interpersonal closeness». *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 596-612. <https://doi.apa.org/doiLanding?doi=10.1037%2F0022-3514.63.4.596>.
- BARRETO, P., DE LA TORRE, O. y PÉREZ-MARÍN, M. (2012). «Detección del duelo complicado». *Psicooncología*, 9(2-3), 355-368. https://doi.org/10.5209/rev_PSIC.2013.v9.n2-3.40902.
- ELSEVIER (20 de enero de 2023). *NNNConsult*. <https://www.nnnconsult.com>.
- FIELD, N.P. y FILANOSKY, C. (2009). «Continuing Bonds, Risk Factors for Complicated Grief, and Adjustment to Bereavement». *Death Studies*, 34, 1-29. <https://doi.org/10.1080/07481180903372269>.
- GARCÍA-HERNÁNDEZ, A.M., BRITO-BRITO, P.R., RODRÍGUEZ-ÁLVARO, M., GUTIÉRREZ-FERNÁNDEZ, D.A., MARRERO-GONZÁLEZ, C.M., MARTÍNEZ-ALBERTO, C.E., et al. (2021). «Adaptación al español y validación de la Escala de Continuidad de Vínculos (ECV) con el ser querido fallecido». *Cultura de los Cuidados*, 25(60), 265-289. <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2021.60.19>.
- GARCÍA-HERNÁNDEZ, A.M., RODRÍGUEZ-ÁLVARO, M., BRITO-BRITO, R., FERNÁNDEZ-GUTIÉRREZ, D., MARTÍNEZ-ALBERTO, C. y MARRERO-GONZÁLEZ, C. (2021). «Duelo Adaptativo, No Adaptativo y Continuidad de Vínculos». *Ene*, 15(1), 1-26. <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/1242>.
- HERDMAN, T.H., KAMITSURU, S. y TAKÁO LOPES, C. (2021). *Nursing diagnoses. Definitions and classification 2021-2023*. (12th ed). Thieme.
- KARYDI, E. (2018). «Childhood bereavement: the role of the surviving parent and the continuing bonds with the deceased». *Death Studies*, 42(7), 415-425. <https://doi.org/10.1080/07481187.2017.1363829>.
- MILMAN, E., NEIMEYER, R.A., FITZPATRICK, M., MACKINNON, C.J., MUIS, K.R. y COHEN, R. (2017). «Prolonged grief symptomatology following violent loss: the mediating role of meaning». *European Journal of Psychotraumatology*, 8(6), 1503522. <https://doi.org/10.1080/2008198.2018.1503522>.
- PRIGERSON, H.G., HOROWITZ, M.J., JACOBS, S.C., PARKES, C.M. y ASLAN, M. (2013). «Correction: Prolonged Grief Disorder: Psycho-metric Validation of Criteria Proposed for DSM-V and ICD-11». *PLOS Medicine*, 10(12). <https://doi.org/10.1371/annotation/a1d91e0d-981f-4674-926c-0fbd2463b5ea>.
- RODRÍGUEZ-ÁLVARO, M., BRITO-BRITO, P.R. y GARCÍA-HERNÁNDEZ, A.M. (2022). «Duelo inadaptado en personas frágiles y dependientes de Canarias». *RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA)*, 10 (1), 13-23. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/8330550.pdf>.
- RODRÍGUEZ-ÁLVARO, M., GARCÍA-HERNÁNDEZ, A.M., BRITO-BRITO, R., AGUIRRE-JAIME, A. y FERNÁNDEZ-GUTIÉRREZ, D. (2018). «Intervenciones y criterios de resultado planificados por las enfermeras comunitarias en la atención al duelo en Canarias». *Enferm. Clin.* <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.11.005>.
- RODRÍGUEZ-ÁLVARO, M. (2019). «Impacto del Duelo Complicado. Una lectura a través del Lenguaje del Cuidado». *Ene*, 13(3), 1-24. <https://scielo.isciii.es/pdf/ene/v13n3/1988-348X-ene-13-03-e1338.pdf>.
- RODRÍGUEZ-ÁLVARO, M. (2020). «Epidemiología enfermera del duelo en Canarias». *Revista Cuidar*, 0, 27-48. <https://doi.org/10.25145/j.cuidar.2020.00.03>.

- RODRÍGUEZ-ÁLVARO, M., BRITO-BRITO, P.R., GARCÍA-HERNÁNDEZ, A.M., AGUIRRE-JAIME, A. y FERNANDEZ-GUTIÉRREZ, D.A. (2019). «The Grieving Nursing Diagnoses in the Primary Healthcare Setting». *Int. J. Nurs. Knowl.*, 30(1), 34-42. <https://doi.org/10.1111/2047-3095.12202>.
- RUBIN, S.S., MANEVICH, A. y DORON, I.I. (2021). «TheTwo-Track Model of Dementia Grief (TTM-DG): The theoretical and clinical significance of the continuing bond in sickness and in death». *Death Studies*, 45, 1-17. 2021. <https://doi.org/10.1080/07481187.2019.1688014>.
- SIRRINE, E.H., SALLOUM, A. y BOOTHROYD, R. (2018). «Predictors of continuing bonds among bereaved adolescents». *OMEGA-Journal of Death and Dying*, 76(3), 237-255. <https://doi.org/10.1177/0030222817727632>.
- STROEBE, M.S., ABAKOUMKIN, G., STROEBE, W. y SCHUT, H. (2012). «Continuing bonds in adjustment to bereavement: Impact of abrupt versus gradual separation». *Personal Relationships*, 19, 255-266. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2011.01352.x>.
- TIDWELL, B., LARSON, E. y BENTLEY, J. (2021). «Attachment security and continuing bonds: the mediating role of meaning-made in bereavement». *Journal of loss and trauma*, 26(2), 116-133. <https://doi.org/10.1080/15325024.2020.1753389>.
- WADA, K., BUOTE, L.C. y KAWAMOTO, S. (2022). «Perceptions of ideal grief and continuing bonds: Undergraduate student survey on persistent complex bereavement disorder». *Death Studies*, 46(5), 1111-1122. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1795747>.



CASO CLÍNICO: ABORDAJE Y MANEJO DEL PESO EN ATENCIÓN PRIMARIA A PROPÓSITO DE UN CASO

Samia Bellahmar Lkadiri*, Alba Rocío Siverio Díaz*,
Pilar Pérez Hernández** y Pedro Ruyman Brito Brito**
UDMFyC Tenerife Norte-La Laguna

RESUMEN

El sobrepeso y la obesidad son problemas en auge en nuestra sociedad y acarrear graves consecuencias sobre la salud de las personas que los padecen. El tratamiento para estos desequilibrios nutricionales, así como la prevención de estas condiciones de salud, pasa por trabajar los hábitos de vida saludables. La disciplina enfermera, en su preocupación por estos trastornos del peso y sus complicaciones, ha desarrollado todo un marco teórico para el estudio y el tratamiento del sobrepeso y la obesidad. A propósito de un caso clínico se aborda esta problemática poniendo en práctica la TRM *Toward a Middle-Range Theory of Weight Management*, que adapta el marco teórico de Dorothea E. Orem (*Self-Care Deficit Theory*) al control y manejo del peso.

PALABRAS CLAVE: obesidad, sobrepeso, enfermería, manejo del peso, Orem, teoría enfermera déficit de autocuidado, diabetes mellitus tipo II.

CASE STUDY: APPROACH AND WEIGHT MANAGEMENT IN PRIMARY CARE SETTING

ABSTRACT

Overweight and obesity are growing problems in our society and have serious consequences on the health of people who suffer from them. The treatment for these nutritional imbalances, as well as the prevention of these health conditions, involves working on healthy lifestyle habits. In its concern for the mentioned weight disorders and their consequences, the nursing discipline has developed a whole theoretical framework for the study and treatment of overweight and obesity. With regard to a clinical case, this problem is addressed by putting into practice the *Middle-Range Theory Toward a Middle-Range Theory of Weight Management*, which adapts the theoretical framework of Dorothea E. Orem (*Self-Care Deficit Theory*) to weight control and management.

KEYWORDS: Obesity, overweight, nursing, weight management, Orem, self-care deficit nursing theory, diabetes mellitus type II.



METODOLOGÍA

Para desarrollar el presente trabajo se llevó a cabo en primer lugar una breve revisión bibliográfica en diferentes bases de datos. Para ello, en primer lugar, se eligieron las palabras clave más relevantes y se tradujeron a un lenguaje controlado, por lo que la búsqueda se realizó con los términos DeCs (Descriptor en Ciencias de la Salud) obesidad, sobrepeso, enfermería; siendo los MeSH (Medical Subject Headings) obesity, overweight, nurse. Junto con los términos descritos se utilizaron los booleanos «AND», «OR» y «NOT».

Los campos de búsqueda se delimitaron al título, resumen y palabras clave en la mayor parte de los casos y, entre las páginas consultadas, se incluyen diversas bases de datos, de las que destacan PubMed, Dialnet y Scopus. Además, se utilizó el buscador Google Académico y se realizaron visitas a portales como el de la OMS o el del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

La búsqueda se delimitó a artículos publicados nacional e internacionalmente en los últimos 5-10 años, cuyo idioma fuera el inglés o el español. El proceso de búsqueda finalizó cuando los resultados comenzaron a repetirse con frecuencia y, posteriormente, se llevó a cabo la clasificación de la información en base al contenido de los artículos y documentos seleccionados.

Una vez contextualizado el tema a tratar, se abordó un caso clínico cuya resolución se trabajó mediante el análisis de la Teoría de Rango Medio *Toward a Middle-Range Theory of Weight Management*, descrita por las autoras Stephanie Pickett, Rosalind M. Peters y Patricia A. Jarosz. Esta teoría adapta el marco teórico de Dorothea E. Orem (*Self-Care Deficit Theory*) al control y manejo del peso. Además, para completar la valoración se utilizaron varias escalas, todas ellas validadas para la población española.

Tras la valoración del caso con la Teoría, se realizó el abordaje mediante la metodología enfermera NANDA-NOC-NIC, consultando la evidencia científica más actualizada para cada diagnóstico descrito.

INTRODUCCIÓN

La obesidad se define como un estado patológico caracterizado por una adiposidad excesiva que acaba por perjudicar nuestra salud, ya que se asocia a numerosas comorbilidades¹:

* Enfermeras residentes de Enfermería Familiar y Comunitaria en la Unidad Docente de Tenerife Norte-La Laguna.

** Colaboradores docentes UDMFyC Tenerife Norte-La Laguna.

¹ Organización Mundial de la salud (OMS). Proyectos de recomendaciones para la prevención y el tratamiento de la obesidad a lo largo del curso de la vida, incluidas las posibles metas [Internet] 2021. [Consultado el 4/11/2021]. Disponible en https://cdn.who.int/media/docs/default-source/obesity/who-discussion-paper-on-obesity--final190821-es.pdf?sfvrsn=4cd6710a_24. OMS.

- Metabólicas: diabetes mellitus tipo II, esteatosis hepática, gota, dislipemia y síndrome de ovario poliquístico.
- Cardiovasculares: hipertensión arterial, insuficiencia cardíaca, aterosclerosis, accidente cerebrovascular, enfermedades coronarias e insuficiencia venosa periférica.
- Osteomusculares: osteoartritis, hernias discales y deformidades óseas.
- Oncológicas: cáncer de colon, riñón, próstata, ovario, útero, mama, páncreas y esófago.
- Respiratorias: asma, apnea del sueño y síndrome de obesidad con hipoventilación (SOH).

Diferentes organismos internacionales, como la OMS, así como comunidades científicas y expertos en el tema, catalogan la obesidad como la gran pandemia «invisible» de nuestro siglo. Según los datos extraídos de la Encuesta Europea de Salud realizada en España 2020, el 17% de hombres y el 16% de mujeres mayores de 18 años padecen obesidad. El 45% de hombres y el 30% de mujeres padecen sobrepeso. Esta Encuesta señala que solo el 8% de los hombres y el 7% de las mujeres mayores de 15 años realiza ejercicio físico diario en el tiempo de ocio, subrayando además que el 47% de hombres y el 55% de mujeres no dedican ningún día al ejercicio físico en el tiempo de ocio. Además, según la Sociedad Española de Cardiología (SEC) en 2021 un 23,1 % de la población canaria tiene obesidad y un 35,1%, sobrepeso².

El gasto sanitario destinado a esta pandemia también se ha disparado en estos últimos años, según la Organización de Naciones Unidas (ONU). Más de 800 millones de personas acuden anualmente a revisiones relacionadas con esta patología, lo que representa un 13% del total del gasto en atención sanitaria. A esto habría que sumarle los gastos indirectos como son la discapacidad derivada, el deterioro de la productividad, los años de vida perdidos y la peor calidad de vida. Se estima que anualmente mueren más de 4 millones de personas por causas relacionadas con sobrepeso y obesidad³.

A pesar de la gravedad de la situación, esta pandemia es reversible. Esto supone un reto a nivel sanitario, político e individual. La sanidad ha de dar respuesta a esta problemática de salud, reforzando la prevención y poniendo en el centro de la

Obesidad [Internet]. [Consultado el 6/11/2021] Disponible en https://www.who.int/es/health-topics/obesity#tab=tab_1.

² Ministerio de Sanidad. Gobierno de España. Encuesta europea de salud en España 2020 [Internet]. 2020 [Consultado el 5/11/2021]. Disponible en https://www.ine.es/ss/Satellite?c=INESeccion_C&cid=1259926457058&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout.

³ OMS. Proyectos de recomendaciones para la prevención y el tratamiento de la obesidad a lo largo del curso de la vida, incluidas las posibles metas [Internet] 2021. [Consultado el 4/11/2021]. Disponible en https://cdn.who.int/media/docs/default-source/obesity/who-discussion-paper-on-obesity---final190821-es.pdf?sfvrsn=4cd6710a_24. OMS. Obesidad [Internet]. [Consultado el 6/11/2021] Disponible en https://www.who.int/es/health-topics/obesity#tab=tab_1.



intervención la promoción de los estilos de vida saludables. Además, la enfermería como ciencia de los cuidados ha de ser capaz de atender estas necesidades de cuidados y con un enfoque centrado en la persona dar respuesta, educación y apoyo con el objetivo de mejorar la situación de salud de nuestros pacientes⁴.

EPICRISIS

Paciente varón (J.D.) de 55 años, natural de Tegueste, que acude derivado por su MAP para trabajar hábitos de vida saludables. AP: NAMC, DM tipo II mal controlada con complicaciones (retinopatía establecida), obesidad grado III, hipertensión arterial, hipertrofia ventricular izquierda, hipercolesterolemia mixta e insuficiencia venosa periférica. Calendario vacunal completo. En seguimiento por AP, oftalmología y psiquiatría, lleva 4 años sin volver a la consulta de endocrinología. Última atención en urgencias por crisis gotosa.

Percibe su salud como mala, se muestra en fase contemplativa del modelo de cambio de Prochaska y Diclemente. Consumo de alcohol de bajo riesgo (8-10 UBE/ semana), no presenta consumo del resto de drogas. Alimentación inadecuada (hipercalórica e hiperproteica). Independiente para las ABVD y parcialmente dependiente para las AIVD (su esposa se encarga de las actividades relativas al hogar), vida sedentaria. Patrón intestinal: una deposición cada 1-2 días, no dificultades urinarias. Dificultad para conciliar el sueño. Refiere no sentirse a gusto consigo mismo y sentir ansiedad respecto a cómo la comida está condicionando su vida. Unidad familiar extensa, conviven en una casa terrera y regentan un negocio familiar de transportes (él trabajaba antes como camionero). Refiere aumento de las situaciones de conflicto con su pareja que lo relaciona con la labilidad emocional de ella. Refiere dejadez en las relaciones sexuales, siendo cada vez más espaciadas en el tiempo. Explica que tiene una vida bastante estresante y que cuando siente estrés se pone a ver la TV o se sienta en el balcón. Considera la familia como un valor pilar en su vida.

Tras la crisis gotosa ha decidido que quiere cambiar de hábitos de vida y perder peso.

⁴ *Ibidem.*

La Teoría de Rango Medio (TRM) de Enfermería *Toward a Middle-Range Theory of Weight Management*, descrita por las autoras Stephanie Pickett, Rosalind M. Peters y Patricia A. Jarosz, adapta el marco teórico de Dorothea E. Orem (*Self-Care Deficit Theory*) al control y manejo del peso⁵.

Stephanie Pickett, enfermera en School of Nursing de la Universidad de Pennsylvania (EE. UU.), es especialista en salud cardiovascular siendo experta en factores psicosociales y de control de peso, así como disparidades de salud. Por su parte, Rosalind M. Peters, enfermera del College of Nursing de Detroit y colaboradora con Wayne State University (EE. UU.), se especializó en prevención y control de la hipertensión, autocuidado preventivo y gestión de estresores. La tercera autora de esta Teoría es Patricia A. Jarosz, enfermera del College of Nursing Detroit y colaboradora con Wayne State University (EE. UU.), especialista en tejido adiposo y obesidad⁶.

Para entender la TRM debemos realizar un repaso de los conceptos básicos que Dorothea Orem expone en la Teoría de Enfermería del Autocuidado, publicada en 1970 y que sirvió para sentar las bases del conocimiento y de la historia del metaparadigma enfermero y del cuidado⁷.

Orem define el Autocuidado como «la práctica de actividades que las personas inician y realizan para el mantenimiento de su propia vida, su salud y su bienestar». Las expresiones de las acciones necesarias para lograr esos objetivos en salud y bienestar reciben el nombre de «Requisitos de autocuidado». El concepto de requisito también se puede asociar al de necesidades, por lo que el objetivo principal será cubrir dichas necesidades de autocuidado⁸.

La autora explica que en el término *autocuidado*, el prefijo «auto» tiene un doble significado, pues supone «cuidados para uno mismo» y «cuidados realizados por uno mismo». De esto se desprende la definición de agencia de autocuidado como «la capacidad de las personas para realizar las acciones necesarias para cuidar de sí mismos». Si la persona no presenta esta capacidad hablamos de la agencia de cuidado dependiente⁹.

Por otro lado, la conducta de autocuidado se ve influida por una serie de factores que condicionan su desarrollo. La autora hace referencia a estos factores como Factores Condicionantes Básicos, que engloba en 10 categorías¹⁰:

⁵ PICKETT, S., PETERS, R.M. y JAROSZ, P.A. «Toward a middle-range theory of weight management». *Nursing science quarterly* [Internet] 2014 [Consultado el 5/11/2021]; 27(3). Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24951526/>.

⁶ *Ibidem*.

⁷ *Ibidem*.

⁸ *Ibidem*.

⁹ *Ibidem*.

¹⁰ *Ibidem*.



1. La edad.
2. El sexo.
3. El estado de desarrollo.
4. El estado de salud.
5. La orientación sociocultural respecto a la salud y su cuidado.
6. Los factores del sistema de cuidados de salud (diagnóstico, pronóstico, tratamiento...).
7. Los factores del sistema familiar (relaciones, roles...).
8. El patrón de vida propio de la persona.
9. Factores ambientales.
10. Factores socioeconómicos.

La Teoría de Autocuidado integra a su vez otras dos teorías, la teoría del Déficit de Autocuidado y la teoría del Sistemas de Enfermería¹¹.

El término Déficit de autocuidado hace referencia, no tanto al hecho del diagnóstico de enfermedad, sino a la relación entre la capacidad de autocuidado y las demandas de autocuidado. Este término se destina cuando las capacidades de autocuidado muestran limitaciones para cubrir las demandas de autocuidado terapéutico¹².

Por su parte, la Teoría del Sistema de Enfermería describe los componentes de la Enfermería y la relación entre las características del paciente y las de la enfermera. Orem explica que la Agencia de Enfermería, definida como la capacidad compleja adquirida mediante el estudio especializado y la experiencia, capacita a la enfermera para ayudar a otras personas a conocer y satisfacer las demandas de autocuidado terapéutico. Se distinguen tres sistemas de enfermería, como formas de intervención¹³:

- Sistemas de enfermería totalmente compensadores: la enfermera suplente a la persona dado que su capacidad de autocuidado es tan limitada que precisa una compensación de esa incapacidad.
- Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: la enfermera satisface algunos requisitos de autocuidado dado que la persona enferma tiene limitaciones parciales para satisfacer dichas necesidades.
- Sistemas de enfermería de apoyo/educación: la capacidad de autocuidado de la persona presenta déficits de conocimientos o habilidades prácticas, por lo que precisa que la enfermera proporcione apoyo, formación y que sea facilitadora de la construcción de una relación terapéutica.

¹¹ *Ibidem.*

¹² *Ibidem.*

¹³ PICKETT, S., PETERS, R.M. y JAROSZ, P.A. «Toward a middle-range theory of weight management». *Nursing science quarterly* [Internet] 2014 [Consultado el 5/11/2021]; 27(3). Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24951526/>.



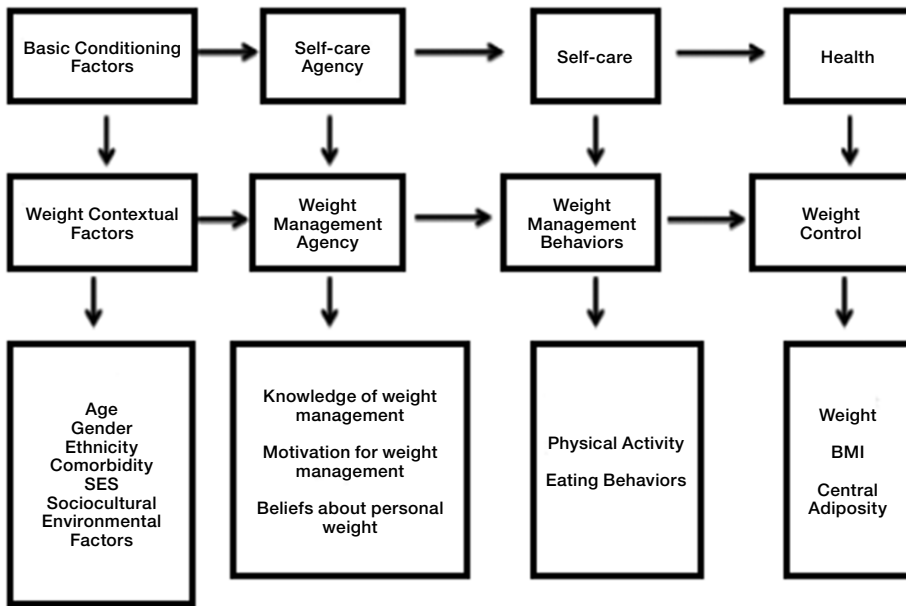


Figura 1. Esquema de la TRM *Toward a Middle-Range Theory of Weight Management*.

Las autoras de la TRM *Toward a Middle-Range Theory of Weight Management* adaptaron la Teoría de Orem al manejo del peso (figura 1). De esta forma podemos definir¹⁴:

- Factores comportamentales para el control del peso. Es el concepto derivado del de autocuidado. Los comportamientos de control de peso hacen referencia a las acciones que lleva a cabo la persona para mantener el equilibrio calórico, principalmente la actividad física regular (trabajo, deportes, tiempo libre) y los patrones alimenticios.
- Agencia del manejo del peso. La capacidad de proporcionar cuidados para el manejo de peso es conceptualizada como agencia de control del peso, que deriva del concepto de agencia de autocuidado. Este concepto se estructura en tres pilares:
 - Las creencias sobre peso personal.
 - La motivación para controlar el peso.
 - El conocimiento de control de peso.

¹⁴ *Ibidem*.

- Factores contextuales para el manejo del peso. Este concepto se deriva del de factores básicos condicionantes de la Teoría del Autocuidado. Estos factores influyen en la capacidad para controlar el peso, así como en los requisitos del individuo relacionados con el peso (ingesta de alimentos, equilibrio entre actividad y descanso). Los factores contextuales del peso incluyen la edad, el género, las comorbilidades, la orientación cultural, los recursos socioeconómicos y los ambientales.
- El control del peso se conceptualiza como salud. En la Teoría de Orem la salud se define como un estado de totalidad o integridad estructural o funcional. El control de peso se evidencia de forma empírica mediante la valoración de tres mediciones antropométricas: el peso corporal, el índice de masa corporal y la adiposidad central (perímetro abdominal).

APLICANDO LA TEORÍA A LA PRÁCTICA: VALORACIÓN MEDIANTE LA TRM

1. Factores contextuales del peso

Se trata de un hombre caucásico de 55 años que presenta las siguientes comorbilidades:

- DM tipo II mal controlada con complicaciones (retinopatía, neuropatía establecidas).
- Obesidad grado III.
- Hipertensión arterial.
- Hipertrofia ventricular izquierda.
- Hipercolesterolemia mixta.
- Insuficiencia venosa periférica.

Respecto al estatus socioeconómico, el paciente refiere que los ingresos son suficientes para suplir sus necesidades del día a día, tiene una empresa familiar de transportes y alcanzó estudios secundarios. A nivel sociocultural, hablamos de una persona de la generación del «Baby boom», nacida en la posguerra española e inmerso en la cultura mediterránea aunque con connotaciones propias canarias como la gastronomía rica en carnes. Nuestro protagonista además vive en una zona rural cerca de grandes urbes.

Se cree oportuno valorar en este epígrafe una serie de Factores Básicos Condicionantes de la Teoría del Autocuidado que no contempla la TRM:

- *Factores del sistema de cuidados.* El paciente presenta una mala adhesión terapéutica con el servicio de endocrinología, dejando de ir a las citas desde 2016.
- *Patrón de vida.* El paciente verbaliza que el patrón de vida llevado en los últimos años se ha basado en el «desenfreno y el sedentarismo».
- *Sistema familiar.* Se trata de una familia extensa en la que conviven cuatro generaciones y que se encuentra en fase de contracción. Refiere recibir gran apoyo de su familia aunque comenta que con su mujer la relación es más conflic-

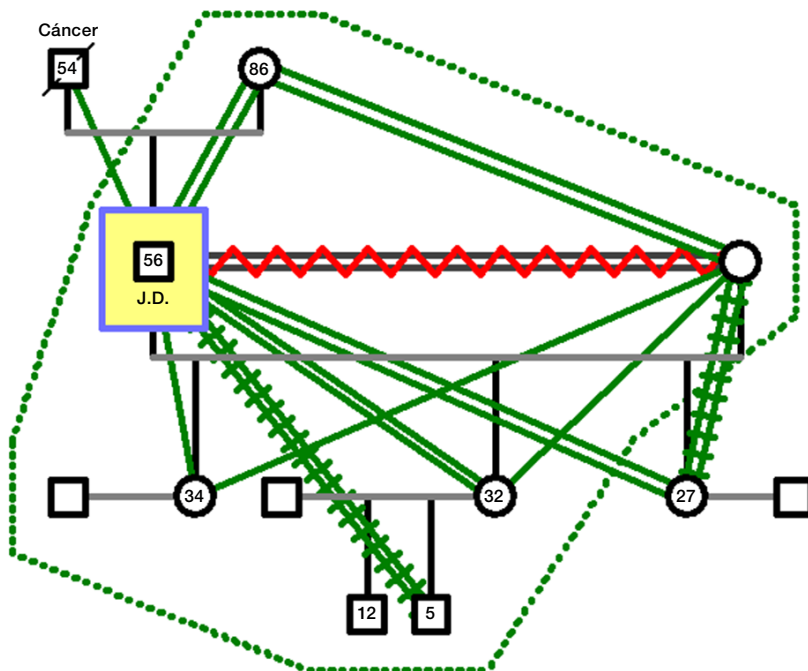


Figura 2. Genograma.

tiva. Tiene una relación estrecha con su familia, especialmente con sus dos hijas menores, y su madre y refiere que «adora» su nieto menor. Explica que le preocupa el patrón de alimentación familiar, especialmente en sus nietos, quienes presentan sobrepeso. Su padre falleció de cáncer de pulmón a la edad de 54 años y no refiere duelo complicado (figura 2. Genograma). La vivienda es una casa terrera con huerto.

2. Agencia del manejo del peso

Recordemos que este término hace referencia a la capacidad de proporcionar cuidados para el manejo de peso y deriva del concepto de agencia de autocuidado. Este concepto se sostiene en tres pilares: la motivación para controlar el peso, el conocimiento para el control del mismo y las creencias sobre este¹⁵.

¹⁵ PICKETT, S., PETERS, R.M. y JAROSZ, P.A. «Toward a middle-range theory of weight management». *Nursing science quarterly* [Internet] 2014 [Consultado el 5/11/2021]; 27(3). Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24951526/>.

a) Motivación para el manejo de peso

Para hablar de motivación no podemos no citar el Modelo transteórico de Prochaska y Di Clemente, que presenta la motivación para el cambio como un proceso que engloba diferentes fases por las que el individuo ha de pasar¹⁶:

- *Precontemplación*. En esta fase no hay intención de cambiar la conducta.
- *Contemplación*. Hay una intención de cambio y, potencialmente, se hará un intento formal de modificar su comportamiento en los próximos meses. No hay un compromiso.
- *Preparación*. Hay una intención de pasar a la acción, existe un compromiso propio; las personas realizan pequeños cambios e intentan efectivamente cambiar en el futuro inmediato.
- *Acción*. El paciente lleva a cabo cambios objetivos, mensurables y exteriorizados de su comportamiento (de uno a seis meses).
- *Mantenimiento*. Se caracteriza por las tentativas de estabilización del cambio comportamental ya manifestado. Es la fase en la que las personas trabajan activamente en la prevención de la recaída.
- *Cambio sostenido o terminación*. Para considerar que el cambio de conducta ha sido alcanzado debe mantenerse al menos 6 meses.
- *Recaída*. Consiste en volver a caer en hábitos o comportamientos previos.

Según este modelo transteórico nuestro paciente se encuentra en la etapa de preparación, siendo él el demandante de ayuda para la mejora de hábitos de vida, además de haber iniciado en el momento de la valoración pequeños cambios sobre la dieta y el ejercicio.

Para una valoración más exhaustiva se cree conveniente utilizar dos escalas validadas para la población española que evalúan el componente motivacional en el proceso fisiopatológico de la diabetes, los cuestionarios ATT-19¹⁷ y PAID¹⁸.

El cuestionario ATT-19¹⁹ valora la actitud frente a la diabetes evaluando el ajuste psicológico sobre el estrés asociado a la propia patología, la receptividad al tratamiento y la confianza en el mismo, la eficacia personal, la percepción sobre la

¹⁶ CABRERA, G. «El modelo transteórico del comportamiento en salud». *Revista facultad nacional de salud pública* [Internet]. 2000 [Consultado el 5/11/2021]; 18(2). Disponible en <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/997>.

¹⁷ MARTINS GIROTTI, P.C., DE LIMA SANTOS, A. y SILVA MARCON, S. «Conocimiento y actitud frente a la enfermedad de personas con diabetes mellitus atendidas en Atención Primaria». *Enfermería Global* [Internet] 2018 [Consultado el 5/11/2021]; 17(52). Disponible en <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/eglobal.17.4.267431/250181>.

¹⁸ WELCH, G.W., JACOBSON, A.M. y POLONSKY, W.H. «The problem areas in diabetes scale: An evaluation of its clinical utility». *Diabetes Care* [Internet] 1997 [Consultado el 8/11/2021]; 20(5). Disponible <https://doi.org/10.2337/diacare.20.5.760>.

¹⁹ MARTINS GIROTTI, P.C., DE LIMA SANTOS, A. y SILVA MARCON, S. «Conocimiento y actitud frente a la enfermedad de personas con diabetes mellitus atendidas en Atención Primaria».

salud y la aceptación social. Consta de 19 cuestiones respondidas con una escala de tipo Likert de cinco puntos, haciendo que la puntuación varíe entre los 19 y los 95 puntos. Una puntuación mayor de 70 puntos indica una actitud positiva sobre la enfermedad. J.D. obtuvo una puntuación de 63 puntos, haciendo hincapié en los ítems relacionados con el estrés asociado a la diabetes, la eficacia personal y la percepción sobre la salud²⁰.

Dada la evaluación anterior, se decide profundizar en las áreas problemáticas en el control de la diabetes, por lo que se administra el cuestionario PAID²¹. Este consta de 20 preguntas que se valoran con una escala tipo likert del 0 al 4, siendo el cero «no es un problema» y el cuatro «un problema grave». Las puntuaciones se suman y se multiplican por 1,25, generando una puntuación total de entre 0 y 100. Una puntuación mayor que 40 puede implicar «agotamiento emocional». Nuestro paciente obtuvo una puntuación total de 53,75 puntos, destacando los sentimientos de culpabilidad, ansiedad y la preocupación sobre el pronóstico²².

b) Conocimiento del manejo del peso

Los conocimientos para el manejo del peso implican nociones sobre alimentación y ejercicio principalmente; sin embargo, en este caso no pueden quedar sin valorar los conocimientos que el paciente tiene acerca de su proceso fisiopatológico, ya que un buen control glucémico es indispensable en una bajada de peso saludable. Por ello, evaluaremos los conocimientos mediante 2 escalas diferentes (ambas validadas en español) con el objetivo de detectar correctamente los campos deficientes.

La escala de conocimientos en diabetes DKQ²³ consta de 24 preguntas cerradas que se contestan con «sí», «no» o «no sé». J.D. obtuvo 14 respuestas correctas y 10 errores, observando mayor concentración de los errores en los conocimientos sobre nutrición/alimentación²⁴.

La escala de conocimientos en diabetes ECODI de Bueno y col.²⁵ consta de 25 preguntas tipo test con cuatro posibles respuestas. J.D. obtuvo 20 respues-

Enfermería Global [Internet] 2018 [Consultado el 5/11/2021]; 17(52). Disponible en <https://revistas.um.es/eglobal/article/view/eglobal.17.4.267431/250181>.

²⁰ *Ibidem*.

²¹ WELCH, G.W., JACOBSON, A.M. y POLONSKY, W.H. «The problem areas in diabetes scale: An evaluation of its clinical utility». *Diabetes Care* [Internet] 1997 [Consultado el 8/11/2021]; 20(5). Disponible en <https://doi.org/10.2337/diacare.20.5.760>.

²² *Ibidem*.

²³ GARCÍA, A.A., VILLAGOMEZ, E.T., BROWN, S.A., KOUZEKANANI, K. y HANIS, C.L. «The Starr County Diabetes Education Study: development of the Spanish-language diabetes knowledge questionnaire». *Diabetes care* [Internet] 2001 [Consultado el 5/11/2021]; 24(1). Disponible en <https://doi.org/10.2337/diacare.24.1.16>.

²⁴ *Ibidem*.

²⁵ SANTOS-ROIG, M. de los, FERNÁNDEZ-ALCÁNTARA, M., GUARDIA-ARCHILLA, T., RODRÍGUEZ-MORALES, S., MOLINA, A., CASARES, D. y RUIZ-GONZÁLEZ, I. «Efectos diferenciales de los



tas correctas y 5 errores, observando la misma problemática que en la escala anterior, los errores se concentran en los conocimientos sobre nutrición/alimentación²⁶.

c) Creencias sobre el peso

Las creencias sobre el manejo del peso influyen en los comportamientos de control del peso. Son el componente cognitivo subyacente a las actitudes y se consideran una predisposición a la acción. Estas pueden basarse en el conocimiento sobre uno mismo o tener una influencia sociocultural e influyen en los objetivos que se marque la persona, así como en la voluntad de aceptar la responsabilidad de los comportamientos de control y manejo del peso. Para evaluar las creencias del paciente utilizaremos dos escalas, ambas validadas en español, la OASIS²⁷ y la IFBS²⁸.

La escala OASIS²⁹ evalúa el nivel de conciencia subjetiva en la obesidad, valorando la conciencia general sobre la enfermedad, la atribución en los síntomas, la conciencia de la necesidad de tratamiento y la conciencia sobre las consecuencias negativas. La escala tiene 8 enunciados que se valoran con una escala tipo Likert de 10 puntos y se puntúan atendiendo la fórmula recogida en el manual en el que se incluye. El paciente presentó gran conciencia sobre la enfermedad³⁰.

Por otro lado, la versión en español de la escala de creencias alimentarias irracionales o IFBS³¹ analiza las distorsiones cognitivas y las actitudes y creencias inapropiadas sobre la comida. La escala consta de 57 ítems, de los cuales 41 detectan las creencias irracionales y 16 manifiestan creencias racionales. Llama la atención

programas de educación en diabetes según los niveles de HbA1c y la presencia de complicaciones crónicas en el paciente tipo 1». *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* [Internet] 2014 [Consultado el 5/11/2021]; 37(2). Disponible en <https://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272014000200006>.

²⁶ SANTOS-ROIG, M. de los, FERNÁNDEZ-ALCÁNTARA, M., GUARDIA-ARCHILLA, T., RODRÍGUEZ-MORALES, S., MOLINA, A., CASARES, D. y RUIZ-GONZÁLEZ, I. «Efectos diferenciales de los programas de educación en diabetes según los niveles de HbA1c y la presencia de complicaciones crónicas en el paciente tipo 1». *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* [Internet] 2014 [Consultado el 5/11/2021]; 37(2). Disponible en <https://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272014000200006>.

²⁷ Centre for Addiction y Mental Health (CAMH) of Toronto. «Obesity awareness and insight scale» [Internet] 2016 [Consultado el 6/11/2021]. Disponible en <http://illnessawarenessscales.com/OASIS%20BASIS%20DAS%20Website/OASIS%20BASIS%20DAS%20Website/index.html>.

²⁸ JÁUREGUI LOBERA, I. y BOLAÑOS, P. «Spanish version of the irrational food beliefs scale». *Nutricion hospitalaria* [Internet] 2010 [Consultado el 6/11/2021]; 25(5). Disponible en https://scielo.icsiii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112010000500026&lng=pt&tlng=en.

²⁹ Centre for Addiction & Mental Health (CAMH) of Toronto. «Obesity awareness and insight scale» [Internet] 2016 [Consultado el 6/11/2021]. Disponible en <http://illnessawarenessscales.com/OASIS%20BASIS%20DAS%20Website/OASIS%20BASIS%20DAS%20Website/index.html>.

³⁰ *Ibidem*.

³¹ JÁUREGUI LOBERA, I. y BOLAÑOS, P. «Spanish version of the irrational food beliefs scale». *Nutricion hospitalaria* [Internet] 2010 [Consultado el 6/11/2021]; 25(5). Disponible en https://scielo.icsiii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112010000500026&lng=pt&tlng=en.

al administrarse al paciente las creencias o conocimientos deficientes en torno a los grupos de alimentos y los nutrientes de los que estos se componen³².

3. Conductas en el manejo del peso

La TRM explica que las conductas para el manejo y el control del peso son aquellas encaminadas a mejorar los hábitos dietéticos y de actividad física. Sin embargo, dadas las necesidades de nuestro paciente, se cree conveniente iniciar la valoración de las conductas con la escala SDSCA-Sp o versión española del Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure³³ (Anexo 7). Esta escala valora mediante 7 ítems los autocuidados llevados por el paciente en los últimos 7 días para gestionar su diabetes. Cada ítem se puntúa del 0 al 7 y cuanto menor puntuación se obtiene, menor adherencia a las conductas de autocuidado favorables. Es una escala que no presenta punto de corte, necesitando valorar cada ítem de forma individual³⁴.

El paciente marcó los ítems relacionados con la dieta y el ejercicio con puntuaciones entre 2 y 3; sin embargo, los ítems de análisis de sangre marcaron una puntuación de 7 puntos.

Respecto a la actividad física, el paciente expresó que su patrón de ejercicio se limitaba a una vida sedentaria o con actividad ligera, salía una o dos veces por semana a andar 30 minutos. Es independiente para las ABVDs y para las AIVDs.

Se decidió realizar un EKG, observándose un bloqueo incompleto de rama derecha. Además, se calculó el riesgo cardiovascular mediante la ecuación de Framingham adaptado a la población canaria, obteniéndose 36 puntos, lo que implica un riesgo alto. La probabilidad del paciente de evento cardiovascular a los 10 años fue del 42%, siendo el riesgo general de la población general para su edad y sexo del 7%. El paciente refería disnea de esfuerzo que se confirmó con cambios en las constantes vitales tras subir un piso de escaleras³⁵.

Por otro lado, se realizó un breve estudio de la alimentación que llevaba el paciente, recogiendo un diario de comidas y analizando calórica y nutricionalmente la dieta de un día tipo.

La tabla 1 recoge la dieta de un día tipo, el análisis de los macro- y micronutrientes de la misma y a su derecha los requerimientos nutricionales para su edad,

³² *Ibidem*.

³³ CARO-BAUTISTA, J., MORILLA-HERRERA, J.C., VILLA-ESTRADA, F., CUEVAS-FERNÁNDEZ-GALLEGO, M., LUPIÁÑEZ-PÉREZ, I. y MORALES-ASENCIO, J.M. «Adaptación cultural al español y validación psicométrica del summary of diabetes self-care activities measure (SDSCA) en personas con diabetes mellitus tipo 2». *Atención Primaria* [Internet] 2016 [Consultado el 6/11/2021]; 48(7). Disponible en doi: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.08.005>.

³⁴ *Ibidem*.

³⁵ PETEIRO, J. y BOUZAS-MOSQUERA, A. «El tiempo en subir 4 tramos de escaleras da información relevante sobre la capacidad funcional y resultados en una prueba de ejercicio». *Revista Española de Cardiología* [Internet] 2021, 74(4), 354-355. [Consultado el 6/11/2021] Disponible en doi: <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2020.09.028>.



sexo y peso. De esta tabla se destaca fundamentalmente que la dieta del paciente fue hipercalórica e hiperproteica³⁶.

En este epígrafe de conductas para el manejo del peso, punto de la Teoría en el que se adapta el concepto de Autocuidado de la Teoría de D. Orem; se cree necesario analizar, como parte de estas conductas generadoras de salud, el tratamiento farmacológico, sobre todo teniendo en cuenta el uso de medicamentos hipoglucemiantes, especialmente la dulaglutida, que reduce el apetito. La adhesión farmacológica se analizó tanto en la entrevista con el paciente como en una visita domiciliaria en la que se revisó la medicación que tomaba, clasificando la adherencia como muy buena. En la tabla 2 se recoge un resumen del tratamiento farmacológico³⁷.

4. Control de peso

El control del peso se conceptualiza como salud. Dentro de la teoría de D. Orem, se conceptualiza el término *salud* como un estado de totalidad o integridad estructural o funcional.

Las autoras de esta TRM consideran que el resultado de las conductas de control del peso es el control del peso y para estudiar la evolución de este control hacen uso de tres mediciones: el peso corporal real, el índice de masa corporal y la adiposidad central.

Sin embargo, dada la complejidad y comorbilidad que presenta el paciente se cree conveniente analizar otros parámetros antropométricos y analíticos básicos, como son el perfil lipídico o el glucémico, así como el control de las cifras de tensión arterial.

En la tabla 3 se recogen estos parámetros antropométricos y analíticos básicos. Entre los hallazgos analíticos se señala un perfil lipídico alterado destacándose un valor analítico de 589 mg/dl de triglicéridos (siendo los valores normales inferiores a 150 mg/dl³⁸) y un perfil glucémico patológico con una HbA1C del 9,05% (siendo los valores normales inferiores a 5,7%³⁹), además de un cociente albúmina-creatinina del 564,19 mg/g (siendo los valores normales inferiores a 30 mg/g creatinina⁴⁰)

³⁶ Centro de Investigación de Endocrinología y Nutrición Clínica. Calculadora de dietas. composición de alimentos [Internet] 2010. [Consultado el 6/11/2021]. Disponible en <https://calculadora.dieta.ienva.org/composicion.php>.

³⁷ Vidal Vademecum Spain. Vademecum [Internet] [Consultado el 6/11/2021]. Disponible en <https://www.vademecum.es/>.

³⁸ Uptodate. Medidas del colesterol y de los triglicéridos utilizadas en EE. UU. y en los demás países [Internet] 2022. [Consultado el 6/11/2021] Disponible en <https://www.uptodate.com/contents/es-419/image/print?imageKey=PI%2F76734>.

³⁹ CDC. Todo acerca de la A1c. Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud, División de Diabetes Aplicada [Internet] 2019. [Consultado el 3/11/2021] Disponible en <https://www.cdc.gov/diabetes/spanish/living/a1c.html>.

⁴⁰ LEVEY, A.S., DE JONG, P.E., CORESH, J., EL NAHAS, M., ASTOR, B.C. *et al.* «The definition, classification, and prognosis of chronic kidney disease: a KDIGO Controversies Conference

y la presencia patológica de proteínas en orina. Respecto a las constantes vitales se aprecia una hipertensión grado II no controlada con el tratamiento farmacológico y en cuanto a los datos antropométricos se destaca un IMC de 46,1 (obesidad grado III, mórbida⁴¹) y una perímetro abdominal de 135 cm (siendo los valores normales inferiores a 102 cm en hombres⁴²).

FORMULACIÓN DIAGNÓSTICA

Las hipótesis diagnósticas resultantes de la valoración integral del paciente son las siguientes⁴³:

- 00182 Disposición para mejorar el autocuidado.
- 00293 Disposición para mejorar la autogestión de la salud.
- 00276 Autogestión ineficaz de la salud.
- 00292 Conductas ineficaces para el mantenimiento de la salud.
- 00232 Obesidad.
- 00163 Disposición para mejorar la nutrición.
- 00296 Riesgo de síndrome metabólico.
- 00179 Riesgo de nivel de glucemia inestable.
- 00298 Tolerancia disminuida a la actividad.
- 00168 Estilo de vida sedentario.
- 00267 Riesgo de tensión arterial inestable.
- 00311 Riesgo de deterioro de la función cardiovascular.
- 00095 Insomnio.
- 00184 Disposición para mejorar la toma de decisiones.
- 00146 Ansiedad.
- 00065 Patrón de sexualidad ineficaz.
- 00069 Afrontamiento ineficaz.

Analizando las características definitorias y los factores relacionados de cada etiqueta NANDA, se seleccionaron una serie de problemas y al enunciar en

report». *Kidney Int.* 2011;80(1):17-28. [Consultado el 3/11/2021] Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21150873/>.

⁴¹ LECUBE, A., MONEREO, S., RUBIO, M.A. *et al.* Sociedad española para el estudio de la obesidad (SEEDO) Consenso 2016. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Obesidad. Posicionamiento Seedo [Internet] 2016. [Consultado el 4/11/2021] Disponible en <https://demo.seedo.es/images/site/ConsensoSEEDO2016.pdf>.

⁴² *Ibidem.*

⁴³ Elsevier. NNNconsult [Internet] 2021. [Consultado el 6/11/2021]. Disponible en <https://www.nnnconsult.com/>.



formato PES (problema, etiología y signos y síntomas) se formularon los siguientes diagnósticos de enfermería:

- 00293 Disposición para mejorar la autogestión de la salud m/p expresiones de mejorar la inclusión del régimen terapéutico en la vida diaria, la toma de decisiones y la satisfacción con la calidad de vida.
- 00232 Obesidad r/c patrones anormales de la conducta alimentaria y comportamiento sedentario ≥ 2 horas al día m/p IMC 46,1.
- 00163 Disposición para mejorar la nutrición m/p verbalización del deseo de mejorar la nutrición.
- 00298 Tolerancia disminuida a la actividad r/c malnutrición y estilo de vida sedentario m/p tensión y frecuencia cardíaca anormal en respuesta a la actividad.
- 00168 Estilo de vida sedentario r/c disminución de la tolerancia a la actividad m/p actividad física diaria media inferior a la recomendada según el sexo y la edad.
- 00311. Riesgo de deterioro de la función cardiovascular r/c Conocimiento insuficiente sobre los factores de riesgo modificables, diabetes mellitus, dislipemia, hipertensión, obesidad, y sedentarismo.
- 00095 Insomnio r/c obesidad, actividad física diaria media inferior a la recomendada según el sexo y la edad y consumo de bebidas azucaradas m/p expresiones de insatisfacción con el sueño.
- 00069 Afrontamiento ineficaz r/c estrategias de relajación ineficaces (ver la televisión o sentarse en el balcón) m/p verbalización de sensación de control inadecuada.

Para decidir qué diagnósticos de enfermería se debían priorizar se utilizó el modelo AREA (Análisis de resultado el estado actual), propulsado por la Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería. Este modelo se utilizó para identificar las relaciones entre los diferentes diagnósticos e identificar los problemas clave y como resultado se priorizan las actuaciones sobre los diagnósticos: «00311 Riesgo de deterioro de la función cardiovascular» (tabla 4) y «00293 Disposición para mejorar la autogestión de la salud» (tabla 5).

Además, el resultado de la priorización se puso en conocimiento del paciente, consensuando con él los diagnósticos a resolver, teniendo en cuenta las necesidades sentidas y referidas y haciendo hincapié en los problemas que más le preocupaban.

PLAN DE CUIDADOS

00311.- RIESGO DE DETERIORO DE LA FUNCIÓN CARDIOVASCULAR

Esta etiqueta la define la NANDA como «Vulnerabilidad a factores internos o externos que pueden dañar uno o más órganos vitales así como el propio sistema circulatorio» y los factores relacionados que presenta el paciente y enuncia esta

entidad son el conocimiento insuficiente sobre los factores de riesgo modificables, la diabetes mellitus, la dislipemia, la hipertensión, la obesidad y el sedentarismo⁴⁴.

En la tabla 4, podemos observar el desarrollo de las interrelaciones NANDA-NOC-NIC de este diagnóstico.

El NOC que se asoció a este diagnóstico fue el 1914.- Control del riesgo: enfermedad cardiovascular, del que se seleccionaron seis criterios de resultado para valorar el estado inicial del paciente (color rojo en la tabla 4) y el estado final en el postest (color verde en la tabla 4). Las valoraciones iniciales oscilaban entre una puntuación de 1 (Nunca demostrado) y 3 (A veces demostrado) y las valoraciones finales oscilaron entre el 2 (raramente demostrado) y el 4 (frecuentemente demostrado), apreciándose mejoría en todos los ítems⁴⁵.

Respecto a las intervenciones que se llevaron a cabo se agrupan entre dos NIC 5602.- Enseñanza: proceso de enfermedad y 4050.- Manejo del riesgo cardíaco (tabla 4)⁴⁶.

Se señala en la evidencia científica disponible (tabla 4) respecto a este diagnóstico los siguientes enunciados⁴⁷:

- Se recomienda «fomentar una dieta que promueva la salud cardiovascular y reduzca el riesgo de hipertensión, enfermedad aterosclerótica, insuficiencia renal, resistencia a la insulina e hipervolemia, dentro del contexto de las preferencias culturales de un individuo».
- Se recomienda «una ingesta reducida de sodio, pérdida de peso, dieta saludable (baja en azúcar, rica en cereales integrales, frutas y verduras y baja en grasas saturadas y totales) y evitar el exceso de ingesta calórica en personas con presión arterial elevada y para la prevención de enfermedades cardiovasculares».
- Se recomienda «educar a los clientes sobre las comorbilidades, incluida la obesidad, la hipertensión, síndrome metabólico, diabetes mellitus e hiperlipidemia, que son comunes en individuos con IC y pueden afectar los resultados clínicos relacionados con la IC si no se controlan».
- Se recomienda, para clientes con diabetes mellitus, educar sobre la importancia del control glucémico».
- Se recomienda «enseñar a reducir el estrés».
- Se recomienda «enseñar la importancia de la actividad física según la tolerancia», ya que está demostrado que «el ejercicio ayuda a controlar la presión arterial y el peso, factores de riesgo modificables más importantes para las enfermedades cardiovasculares. Las personas deben realizar actividad física

⁴⁴ Elsevier. NNNconsult [Internet] 2021. [Consultado el 6/11/2021]. Disponible en <https://www.nnnconsult.com/>.

⁴⁵ *Ibidem*.

⁴⁶ *Ibidem*.

⁴⁷ ACKLEY, B.J. y LADWIG, G.B. *Nursing diagnosis handbook*. 12.ª edición. Oxford: Elsevier; 2020.



aeróbica de intensidad variable según la tolerancia e incorporar actividades anaeróbicas como el entrenamiento de resistencia».

00293.- DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA AUTOGESTIÓN DE LA SALUD

Esta etiqueta la define la NANDA como «Patrón de regulación e integración en la vida diaria de un régimen terapéutico para el tratamiento de la enfermedad y sus secuelas, que puede ser reforzado» y las características definitorias para este diagnóstico que presenta el paciente y que enuncia esta entidad son expresiones de mejorar la inclusión del régimen terapéutico en la vida diaria, la toma de decisiones y la satisfacción con la calidad de vida⁴⁸.

En la tabla 5, podemos observar el desarrollo de las interrelaciones NANDA-NOC-NIC de este diagnóstico.

Los NOC que se asociaron a este diagnóstico fueron el 1627.- Conducta de pérdida de peso, el 1619.- Autocontrol: diabetes y el 0004.- Sueño⁴⁹.

El primer NOC, 1627.- Conducta de pérdida de peso (tabla 5.1), se evaluó mediante el análisis de cinco criterios de resultado. Se valoró el estado inicial del paciente (color rojo en la tabla 5) y el estado final en el postest (color verde en la tabla 5). Las valoraciones iniciales oscilaban entre una puntuación de 1 (Nunca demostrado) y 3 (A veces demostrado) y las valoraciones finales oscilaron entre el 3 (A veces demostrado) y el 4 (Frecuentemente demostrado), apreciándose mejoría en todos los ítems. Respecto a las intervenciones que se llevaron a cabo alcanzaron el resultado y se agrupan bajo la NIC 1280.- Ayuda para disminuir el peso (tabla 5)⁵⁰.

Del segundo NOC, el 1619.- Autocontrol: diabetes (tabla 5.2), se escogieron para el estudio cinco criterios de resultado y se evaluaron con el mismo sistema de valoración (estado inicial del paciente en color rojo y el estado final en el postest en color verde en la tabla 5). Las valoraciones iniciales se encontraban entre el 2 (Raramente demostrado) y el 3 (A veces demostrado) y las valoraciones finales oscilaron entre el 3 (A veces demostrado) y el 4 (Frecuentemente demostrado), demostrándose mejoría en todos los ítems. Las intervenciones que se llevaron a cabo para alcanzar los objetivos se agrupan bajo las NICs 4470.- Ayuda en la modificación de sí mismo, 5603.- Enseñanza: cuidados de los pies, 2120.- Manejo de la hiperglucemia y 2130.- Manejo de la hipoglucemia⁵¹.

El último NOC que se valoró fue el 0004.- Sueño (tabla 5.3). Dicha valoración se evidenció mediante dos criterios de resultado que utilizan dos escalas diferentes. El primer ítem, 404 Calidad del sueño, se valora con una escala tipo likert donde el 1 implica «gravemente comprometido» y el 5 se relaciona con un «no com-

⁴⁸ ELSELVIER. NNNconsult [Internet] 2021. [Consultado el 6/11/2021]. Disponible en <https://www.nnnconsult.com/>.

⁴⁹ *Ibidem.*

⁵⁰ *Ibidem.*

⁵¹ *Ibidem.*

promiso». El paciente obtuvo un 2 (sustancialmente comprometido) en la valoración inicial y un 4 (levemente comprometido) en la final. El otro criterio de resultado fue el 421 Dificultad para conciliar el sueño, que se valora también con una escala del 1 al 5, donde 1 es dificultad grave y el 5 es ninguna dificultad. El paciente pasó de una puntuación de 2 (sustancial) a 4 (leve) gracias a las intervenciones de la NIC 1850.- Mejorar el sueño que se llevaron a cabo⁵².

Se señalan en la evidencia científica disponible (tabla 5.1) respecto a este diagnóstico los siguientes enunciados⁵³:

- «Evaluar al cliente con exámenes de salud previos a la participación en el ejercicio antes de implementar intervenciones de actividad física».
- «Trabajar con el cliente utilizando intervenciones basadas en la teoría (p. ej., sociales, cognitivas, componentes teóricos como la autoeficacia; modelo transteórico)»
- «Considere el uso de técnicas de entrevistas motivacionales cuando trabaje con ambos niños y clientes adultos para aumentar su actividad».
- «Valorar el significado y la importancia de la comida en la vida del cliente».
- «Ayudar al cliente a desarrollar un sistema de autocontrol, que puede incluir el autocontrol de peso e IMC; establecimiento de objetivos realistas, planificación de acciones para mejorar la ingesta dietética y la actividad física y resolución de problemas».
- «Ayudar al cliente a reformular los deslices en la conducta de pérdida de peso o actividad física como lapsos que son un solo evento y no un regreso completo a comportamientos anteriores poco saludables. Las estrategias de prevención de recaídas incluyen el manejo de las fallos en el comportamiento saludables, la identificación de situaciones de alto riesgo de recaídas, autocontrol, brindar apoyo social, mejorar las habilidades de afrontamiento y aumentar la autoeficacia para evitar recaídas».
- «Animar a dormir de 7,5 a 8,5 horas todas las noches».

EVOLUTIVO

En noviembre del 2021 se llevaron a cabo tres consultas presenciales. El día 16/11/2021 nuestro paciente acude a la consulta derivado por su médico de Atención Primaria y refiere querer bajar de peso. Tras una entrevista clínica en la que se inicia la anamnesis según la TRM para el Manejo del Peso, se toman constantes y se repasa el manejo del glucómetro, además de enseñar al paciente a recopilar los datos del AMPA (Automediciones de la Presión Arterial) y a llevar a cabo un dia-

⁵² *Ibidem*.

⁵³ ACKLEY, B.J. y LADWIG, G.B. *Nursing diagnosis handbook*. 12.^a edición. Oxford: Elsevier; 2020.



rio de comidas. Además, se solicitó analítica para valorar perfil glucémico y lipídico principalmente.

El día 23/11/2021 se volvió a citar al paciente para valorar el AMPA y las curvas glucémicas con el paciente y se comentan los resultados de la última analítica. Se hizo hincapié en la necesidad de cambio y se anima al paciente que inicie pequeños cambios de hábitos de vida. La próxima cita fue el día 30/11/2021, en la que se llevó a cabo una valoración del pie diabético y se dieron recomendaciones de cuidados sobre alimentación y actividad física.

En diciembre se llevó a cabo la mayor parte de la intervención. El día 2/12/2021 se cita al paciente de forma presencial y se pasan las escalas que en la valoración se recogen y se termina de concretar el genograma.

A partir de aquí, la consulta adquiere un carácter marcado formativo; el día 10/12/2021 se explican fundamentos de anatomía, fisiología y fisiopatología del síndrome metabólico y se describen los valores analíticos diana. El día 13/12/2021 analizamos los grupos de alimentos y se explicó el *Método del plato*, haciendo hincapié en el índice glucémico de los alimentos. Aunque el paciente presenta una buena adherencia al tratamiento farmacológico decidimos dedicar una cita presencial el día 17/12/2021 para repasar el tratamiento farmacológico, poniendo especial atención en el uso de la insulina. Además, dado que el paciente refiere haber iniciado actividad física leve/moderada se cree conveniente abordar la relación de las hipoglucemias y el ejercicio, cómo prevenir las y cómo tratarlas (*Regla de los 15*).

En la cita presencial llevada a cabo el 21/12/2021 se abordó a petición del paciente el manejo del estrés y la higiene del sueño en la primera parte de la sesión y continuando con el abordaje de la alimentación se explican nociones básicas sobre el etiquetado de alimentos.

La última cita presencial se llevó a cabo el 14/1/2022 y en ella se resolvieron las dudas generales que tuvo el paciente y se realizaron los postest de conocimientos; obteniéndose en la escala de conocimientos en diabetes ECODI de Bueno y col. 24 respuestas correctas y 1 error y en la escala de conocimientos en diabetes DKQ 20 respuestas correctas y 4 errores; objetivándose mejoría respecto a los conocimientos.

Para reforzar los conocimientos de las sesiones presenciales, se acordó con el paciente el envío por correo de diferentes contenidos multimedia para que visualizase en su hogar. El día 6/12/2021 se enviaron vídeos de fisiopatología básica, un vídeo motivacional y otro de ejercicio aeróbico y de fuerza. El día 14/12/2021 se adjuntó un vídeo para entender mejor la diabetes, otro vídeo motivacional y continuando con la misma estrategia, otro vídeo con ejercicios físicos de intensidad leve/moderada. Por último, el día 05/01/2022 se envió otro vídeo que reforzaba el entendimiento de la diabetes y su abordaje, así como otro vídeo motivacional.

ESTADO ACTUAL Y CONCLUSIONES

J.D. Refirió estar satisfecho con el seguimiento y explicó que sentía mayor control sobre la comida, así como del manejo de sus patologías crónicas. Refirió haber adquirido conocimientos en relación con hábitos de vida saludable y manejo

dietético y se objetivó una mejoría en los conocimientos respecto al abordaje y control de la diabetes mellitus.

Por otro lado, el paciente presentó mejor control glucémico según las curvas de glucemia que aportaba cada semana, aunque seguían sin ser óptimos.

El paciente ha disminuido su perímetro abdominal en 5 cm en total, medición que se hizo el 14/1/2022 y, respecto al control del peso, refiere haber tenido altibajos, especialmente respecto a la actividad física. Se objetivó una bajada de 3kg durante el proceso, refiere tener mayor conciencia de la gravedad de la situación y explica que va a seguir intentando bajar de peso.

Con este caso clínico se subraya la necesidad de un abordaje integral de la persona con alteraciones del peso, así como de sus múltiples comorbilidades y complicaciones; especialmente ahora que hemos regresado a la «normalidad postpandemia». Numerosos estudios han objetivado un empeoramiento de las condiciones crónicas de salud de nuestros pacientes y en este contexto, queremos finalizar el caso clínico citando una de las reflexiones que el paciente verbalizó en una de las consultas: «Estáis curando el covid, pero a los demás nos están matando en vida...».

RECIBIDO: 17/8/2022; ACEPTADO: 20/10/2022



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACKLEY, B.J. y LADWIG, G.B. *Nursing diagnosis handbook*. 12.ª edición. Oxford: Elsevier; 2020.
- CABRERA, G. «El modelo transteórico del comportamiento en salud». *Revista facultad nacional de salud pública* [Internet]. 2000 [Consultado el 5/11/2021]; 18(2). Disponible en <https://revistas.udea.edu.co/index.php/fnsp/article/view/997>.
- CARO-BAUTISTA, J., MORILLA-HERRERA, J.C., VILLA-ESTRADA, F., CUEVAS-FERNÁNDEZ-GALLEGO, M., LUPIÁÑEZ-PÉREZ, I. y MORALES-ASENCIO, J.M. «Adaptación cultural al español y validación psicométrica del summary of diabetes self-care activities measure (SDSCA) en personas con diabetes mellitus tipo 2». *Atención Primaria* [Internet] 2016 [Consultado el 6/11/2021]; 48(7). Disponible en doi: <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.08.005>.
- CDC. TODO ACERCA DE LA A1C. Centro Nacional para la Prevención de Enfermedades Crónicas y Promoción de la Salud, División de Diabetes Aplicada [Internet] 2019. [Consultado el 3/11/2021] Disponible en <https://www.cdc.gov/diabetes/spanish/living/a1c.html>.
- CENTRE FOR ADDICTION & MENTAL HEALTH (CAMH) OF TORONTO. Obesity awareness and insight scale [Internet] 2016 [Consultado el 6/11/2021]. Disponible en <http://illnessawarenessscales.com/OASIS%20BASIS%20DAS%20Website/OASIS%20BASIS%20DAS%20Website/index.html>.
- CENTRO DE INVESTIGACIÓN DE ENDOCRINOLOGÍA Y NUTRICIÓN CLÍNICA. Calculadora de dietas. composición de alimentos [Internet] 2010. [Consultado el 6/11/2021]. Disponible en <https://calcdieta.ienva.org/composicion.php>.
- ELSELVIER. NNNConsult [Internet] 2021. [Consultado el 6/11/2021]. Disponible en <https://www.nnnconsult.com/>.
- GARCÍA, A.A., VILLAGOMEZ, E.T., BROWN, S.A., KOUZEKANANI, K. y HANIS, C.L. «The Starr County Diabetes Education Study: development of the Spanish-language diabetes knowledge questionnaire». *Diabetes care* [Internet] 2001 [Consultado el 5/11/2021]; 24(1). Disponible en <https://doi.org/10.2337/diacare.24.1.16>.
- JÁUREGUI LOBERA, I. y BOLAÑOS, P. «Spanish version of the irrational food beliefs scale». *Nutricion hospitalaria* [Internet] 2010 [Consultado el 6/11/2021]; 25(5). Disponible en https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112010000500026&lng=pt&tlng=en.
- LECUBE, A., MONEREO, S., RUBIO, M.A. *et al.* Sociedad española para el estudio de la obesidad (SEEDO) Consenso 2016. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento de la Obesidad. Posicionamiento Seedo [Internet] 2016. [Consultado el 4/11/2021] Disponible en <https://demo.seedo.es/images/site/ConsensoSEEDO2016.pdf>.
- LEVEY, A.S., DE JONG, P.E., CORESH, J., EL NAHAS, M., ASTOR, B.C. *et al.* «The definition, classification, and prognosis of chronic kidney disease: a KDIGO Controversies Conference report». *Kidney Int.* 2011;80(1):17-28. [Consultado el 3/11/2021] Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21150873/>.
- MARTINS GIROTTO, P.C., DE LIMA SANTOS, A. y SILVA MARCON, S. «Conocimiento y actitud frente a la enfermedad de personas con diabetes mellitus atendidas en Atención Primaria». *Enfermería Global* [Internet] 2018 [Consultado el 5/11/2021]; 17(52). Disponible en <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.4.267431>.
- MINISTERIO DE SANIDAD. Gobierno de España. Encuesta europea de salud en España 2020 [Internet]. 2020 [Consultado el 5/11/2021]. Disponible en <https://www.ine.es/ss/Satellite?c=I->

[NESeccion_C&cid=1259926457058&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout.](https://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs1042/)

- OMS. Proyectos de recomendaciones para la prevención y el tratamiento de la obesidad a lo largo del curso de la vida, incluidas las posibles metas [Internet] 2021. [Consultado el 4/11/2021]. Disponible en https://cdn.who.int/media/docs/default-source/obesity/who-discussion-paper-on-obesity---final190821-es.pdf?sfvrsn=4cd6710a_24.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS). Obesidad [Internet]. [Consultado el 6/11/2021] Disponible en https://www.who.int/es/health-topics/obesity#tab=tab_1.
- PETEIRO, J. y BOUZAS-MOSQUERA, A. «El tiempo en subir 4 tramos de escaleras da información relevante sobre la capacidad funcional y resultados en una prueba de ejercicio». *Revista Española de Cardiología* [Internet] 2021, 74(4), 354-355. [Consultado el 6/11/2021] Disponible en doi: <https://doi.org/10.1016/j.recesp.2020.09.028>.
- PICKETT, S., PETERS, R.M. y JAROSZ, P.A. «Toward a middle-range theory of weight management». *Nursing science quarterly* [Internet] 2014 [Consultado el 5/11/2021]; 27(3). Disponible en <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24951526/>.
- SANTOS-ROIG, M. de los, FERNÁNDEZ-ALCÁNTARA, M., GUARDIA-ARCHILLA, T., RODRÍGUEZ-MORALES, S., MOLINA, A., CASARES, D., y RUIZ-GONZÁLEZ, I. «Efectos diferenciales de los programas de educación en diabetes según los niveles de HbA1c y la presencia de complicaciones crónicas en el paciente tipo 1». *Anales del Sistema Sanitario de Navarra* [Internet] 2014 [Consultado el 5/11/2021]; 37(2). Disponible en <https://dx.doi.org/10.4321/S1137-66272014000200006>.
- UPTODATE. Medidas del colesterol y de los triglicéridos utilizadas en EE. UU. y en los demás países [Internet] 2022. [Consultado el 6/11/2021] Disponible en <https://www.uptodate.com/contents/es-419/image/print?imageKey=PI%2F76734>.
- VIDAL VADEMECUM Spain. Vademecum [Internet] [Consultado el 6/11/2021]. Disponible en <https://www.vademecum.es/>.
- WELCH, G.W., JACOBSON, A. M. y POLONSKY, W.H. «The problem areas in diabetes scale: An evaluation of its clinical utility». *Diabetes Care* [Internet] 1997 [Consultado el 8/11/2021]; 20(5). Disponible en <https://doi.org/10.2337/diacare.20.5.760>.



TABLA 3. PARÁMETROS ANTROPOMÉTRICOS Y ANALÍTICOS					
DATOS ANTROPOMÉTRICOS		PERFIL LIPÍDICA		PERFIL GLUCÉMICO	
Peso	138 kg	Colesterol total	237 mg/dL	Glucemia basal	146 mg/Dl
Talla	1,73 m	Triglicéridos	589 mg/dl	HbA1C	9,05 %
IMC	46,1 (obesidad Grado III)	Colesterol HDL	29 mg/dl	Glucemia media estimada	213 mg/dl
Perímetro abdominal	135 cm	Colesterol LDL	171 mg/dl		
GLUCEMIAS DE UN DÍA TIPO (mg/dl)					
DESAYUNO		COMIDA		CENA	
<i>Pre</i>	<i>Post</i>	<i>Pre</i>	<i>Post</i>	<i>Pre</i>	<i>Post</i>
165	203	136	151	162	215
TA (mmHg)			ORINA		
150	70	<i>Proteínas</i>	+	<i>Cociente Albúmina-Creatinina</i>	564,19 mg/g crea (valores normales: 0-30)

TABLA 4. INTERRELACIONES NNN PARA 00311.- RIESGO DE DETERIORO DE LA FUNCIÓN CARDIOVASCULAR

Tabla 4. 00311.- Riesgo de deterioro de la función cardiovascular r/c Conocimiento insuficiente sobre los factores de riesgo modificables, diabetes mellitus, dislipemia, hipertensión, obesidad, y sedentarismo.

¿QUÉ NOS DICE LA EVIDENCIA DISPONIBLE DE ESTE DIAGNÓSTICO?

- Dieta que promueva la salud cardiovascular dentro del contexto de las preferencias culturales de un individuo.
- Ingesta reducida de sodio, pérdida de peso, dieta saludable y evitar el exceso de ingesta calórica.
- Educar sobre comorbilidades.
- Control glucémico.
- Reducir el estrés.
- Actividad física según la tolerancia.

NOC: 1914.- CONTROL DEL RIESGO: ENFERMEDAD CARDIOVASCULAR

	Nunca demostrado 1	Raramente demostrado 2	A veces demostrado 3	Frecuentemente demostrado 3	Siempre demostrado 4
[191401] Reconoce los factores de riesgo personales de la enfermedad cardiovascular			✓	✓	
[191404] Controla la presión arterial	✓		✓		
[191406] Utiliza técnicas para reducir el estrés	✓	✓			
[191408] Sigue dieta cardiosaludable	✓		✓		
[191414] Utiliza la medicación según prescripción			✓	✓	
[191415] Hace ejercicio con regularidad	✓		✓		



NIC

5602.- ENSEÑANZA: PROCESO DE ENFERMEDAD

- Explicar la fisiopatología de la enfermedad y su relación con la anatomía y la fisiología, describiendo los signos y síntomas comunes de la enfermedad.
- Instruir al paciente sobre las medidas para prevenir/minimizar los efectos secundarios de la enfermedad.
- Explorar recursos/apoyos posibles.

4050.- MANEJO DEL RIESGO CARDÍACO

- Instruir al paciente y la familia sobre:
 - La modificación de los factores de riesgo cardíacos.
 - La realización de ejercicio con regularidad y de forma progresiva.
 - Las estrategias para llevar una dieta cardiosaludable.
 - Los tratamientos destinados a reducir el riesgo cardíaco (p. ej., fármacos, monitorización de la presión arterial).
- Alentar técnicas efectivas en la reducción del estrés.

TABLA 5.1. INTERRELACIONES NNN PARA 00293 DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA AUTOGESTIÓN DE LA SALUD

Tabla 5.1 00293.- Disposición para mejorar la autogestión de la salud m/p expresiones de mejorar la inclusión del régimen terapéutico en la vida diaria, la toma de decisiones y la satisfacción con la calidad de vida

¿QUÉ NOS DICE LA EVIDENCIA SOBRE ESTE DIAGNÓSTICO?

- Evaluar exámenes de salud previos antes de implementar intervenciones de actividad física.
- Utilizar intervenciones basadas en la teoría.
- Técnicas de entrevistas motivacionales.
- Desarrollar un sistema de autocontrol.
- Reformular los deslices en la conducta de pérdida de peso como lapsos que no implican un regreso completo a comportamientos anteriores poco saludables.
- Animar a dormir de 7,5 a 8,5 horas todas las noches.

NOC: 1627.- CONDUCTA DE PÉRDIDA DE PESO

	Nunca demostrado 1	Raramente demostrado 2	A veces demostrado 3	Frecuentemente demostrado 4	Siempre demostrado 5
[162704] Selecciona alimentos y líquidos nutritivos		✓		✓	
[162705] Controla la ración de alimentos		✓	✓		
[162706] Establece una rutina de ejercicio	✓		✓		
[162709] Identifica estados emocionales que afectan a la ingesta de alimentos y líquidos			✓	✓	
[162722] Controla el peso corporal	✓		✓		

NIC

1280.- AYUDA PARA DISMINUIR EL PESO

- Pesar al paciente semanalmente.
- Colocar indicaciones escritas y de ánimo para conseguir conductas que favorezcan la salud.
- Ayudar a ajustar las dietas al estilo de vida y nivel de actividad.
- Planificar un programa de ejercicios, teniendo en cuenta las limitaciones del paciente.
- Aconsejar la actividad en casa mientras se realizan las tareas domésticas y encontrar formas de moverse durante las actividades diarias.
- Fomentar el uso de sustitutos del azúcar.
- Enseñar a leer las etiquetas al comprar alimentos.
- Enseñar a seleccionar los alimentos, en restaurantes y reuniones sociales, que sean coherentes con la ingesta nutritiva y calórica planificada.

TABLA 5.2. INTERRELACIONES NNN PARA 00293.- DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA AUTOGESTIÓN DE LA SALUD

Tabla 5.2 00293.- Disposición para mejorar la autogestión de la salud m/p expresiones de mejorar la inclusión del régimen terapéutico en la vida diaria, la toma de decisiones y la satisfacción con la calidad de vida.

NOC: 1619.- AUTOCONTROL: DIABETES

	Nunca demostrado 1	Raramente demostrado 2	A veces demostrado 3	Frecuentemente demostrado 4	Siempre demostrado 5
[161901] Acepta el diagnóstico			✓	✓	
[161903] Realiza prácticas preventivas de cuidado de los pies		✓		✓	
[161910] Realiza el procedimiento correcto para el control de la glucemia			✓	✓	
[161913] Trata los síntomas de hipoglucemia		✓	✓		
[161929] Utiliza el procedimiento correcto para la administración de insulina		✓		✓	

NIC

4470.- AYUDA EN LA MODIFICACIÓN DE SÍ MISMO

- Ayudar al paciente a identificar las conductas diana que deban ser cambiadas para conseguir la meta deseada.
- Ayudar al paciente a identificar los efectos de las conductas diana sobre su entorno social y ambiental.
- Animar al paciente a identificar refuerzos/recompensas adecuadas, que tengan sentido.

5603.- ENSEÑANZA: CUIDADOS DE LOS PIES

- Dar información escrita de las pautas del cuidado de los pies.
- Recomendar que se explore diariamente toda la superficie de los pies y entre los dedos.
- Informar sobre la relación entre neuropatía, lesión y enfermedad vascular y el riesgo de ulceración y de amputación de las extremidades inferiores en personas con diabetes.
- Recomendar el lavado diario de los pies y su posterior secado e hidratación.
- Describir los zapatos y calcetines adecuados.



2120.- MANEJO DE LA HIPERGLUCEMIA

- Instruir al paciente y sus allegados en la prevención, reconocimiento y actuación ante la hiperglucemia.
- Ayudar al paciente a interpretar la glucemia y fomentar el autocontrol de la misma.
- Revisar los registros de glucemia con el paciente y la familia.
- Instruir al paciente y sus allegados acerca de la actuación con la diabetes durante la enfermedad, incluyendo el uso de insulina y antidiabéticos orales, control de la ingesta de líquidos, reemplazo de los hidratos de carbono y cuándo debe solicitarse asistencia sanitaria profesional.

2130.- MANEJO DE LA HIPOGLUCEMIA

- Enseñar al paciente y a la familia los signos y síntomas, factores de riesgo y tratamiento de la hipoglucemia.
- Aconsejar al paciente que disponga de hidratos de carbono simples en todo momento.
- Instruir sobre las interacciones de la dieta, insulina/antidiabéticos orales y ejercicio.

TABLA 5.3. INTERRELACIONES NNN PARA 00293 DISPOSICIÓN PARA MEJORAR LA AUTOGESTIÓN DE LA SALUD

Tabla 5.3 00293.- Disposición para mejorar la autogestión de la salud m/p expresiones de mejorar la inclusión del régimen terapéutico en la vida diaria, la toma de decisiones y la satisfacción con la calidad de vida.

NOC: 0004.- SUEÑO

	Gravemente comprometido 1	Sustancialmente comprometido 2	Moderadamente comprometido 3	Levemente comprometido 4	No comprometido 5
[404]		✓		✓	
Calidad del sueño	Grave 1	Sustancial 2	Moderado 3	Leve 4	Ninguno 5
[421]		✓		✓	
Dificultad para conciliar el sueño					

NIC

1850.- MEJORAR EL SUEÑO

- Explicar la importancia de un sueño adecuado.
- Animar al paciente a que establezca una rutina a la hora de irse a la cama para facilitar la transición del estado de vigilia al de sueño.
- Ayudar al paciente a evitar los alimentos y bebidas que interfieran el sueño a la hora de irse a la cama.
- Instruir al paciente y a los allegados acerca de los factores (fisiológicos, psicológicos, estilo de vida, cambios frecuentes de turnos de trabajo, horario de trabajo excesivamente largo y demás factores ambientales) que contribuyan a trastornar el esquema del sueño.

REVISORES

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

Pedro Ruymán BRITO BRITO

Domingo Ángel FERNÁNDEZ GUTIÉRREZ

Alicia PÉREZ HERRERA

Martín RODRÍGUEZ ÁLVARO

Cristo M. MARRERO GONZÁLEZ

Carme BELTRÁN VILAGRASA

INFORME ANUAL DEL PROCESO EDITORIAL DE *CUIDAR*

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

Estadísticas:

- Núm. de artículos recibidos en la redacción para esta edición: 13
- Núm. de artículos aceptados: 8
- Promedio de evaluadores por artículo: 2
- Promedio de tiempo entre llegada y aceptación de artículos: 2 meses
- Promedio de tiempo entre aceptación y publicación: 3 meses

El 61% de los manuscritos enviados a *Cuidar* ha sido aceptado para su publicación.



Servicio de Publicaciones
Universidad de La Laguna