



Enfermería Comunitaria

SOCIEDAD DE ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA DE ASTURIAS

Vol.6 nº2, primavera 2018



Original

Yo cuido, tú cuidas, ella cuida: relatos de vida de cuidadoras informales **8**

Editorial

EFFICHRONIC: un primer paso hacia las personas con mayor vulnerabilidad **4**

Revisiones

Historia de la enfermería familiar y comunitaria en España: una revisión de la literatura **20**

Revisiones

Sustancias adictivas y embarazo: Cuidados de enfermería a la mujer embarazada y al recién nacido para minimizar sus efectos **34**

Salud Sexual y Reproductiva de la mujer en Situaciones de Catástrofe **50**

Originales

Estudio descriptivo de los errores más frecuentes en la técnica inhalatoria **65**

Saberes y prácticas de una población rural maya con diabetes tipo 2 sobre plantas medicinales **76**



sumario

Entidad editora:

SEAPA (*Sociedad de Enfermería Familiar y Comunitaria de Asturias*)

Directora:

Carmen Santano Vilchez
SUAP. Centro de Salud El Quirinal (Avilés)

ISSN: 2254-8270

Título Clave: Revista (SEAPA. Internet)

Depósito Legal: AS 2340-2002

Periodicidad: Trimestral

EDITA: SEAPA

Dirección: C/ Víctor Sáenz 5, bajo-33012 (Oviedo)

Teléfono: 615 761 501

E-mail: revistaseapa@seapaonline.org
comiteeditorial@seapaonline.org

Comité Editorial:

Fernanda del Castillo Arévalo
Centro de Salud de Contrueces (Gijón)

Ana Covadonga González Pisano
Centro de Salud de Salas. Periférico La Espina. Doctora en la Universidad de Oviedo. Profesora asociada de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de Oviedo. Doctora por la Universidad de Oviedo. Miembro de Investén-isciii

Cristina González Aller
Centro de Salud de Llanera (Oviedo)

Rosendo Argüelles Barbón
Coordinador de Continuidad de Cuidados (Gijón)

Teresa López Castellanos
Enfermera Especialista en FyC. Enfermera de Atención Primaria Área V, Asturias.

Maria Arantzazu Gonzalez Álvarez.
Enfermera Especialista en FyC. Enfermera Especialista en Geriatría. Enfermera Atención Primaria Área IV

Comité Científico:

Santiago González Sánchez
Centro de Salud El Llano (Gijón)

Berna García Menéndez
Centro de Salud de Sama de Langreo (Sama)

Belén Fernández Suárez
Hospital Álvarez Buylla de Mieres

Marta Pisano González
Coordinadora Escuela de Pacientes. Servicio de Promoción de la Salud. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Salud del Principado de Asturias (Oviedo). Doctora por la Universidad de Oviedo.

Enrique Oltra Rodríguez
Doctor por la Universidad de Oviedo y Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria

Rosario Riestra Rodríguez
Vicedecana de la Facultad de Enfermería de Gijón (Gijón). Doctora por la Universidad de Oviedo

Emilia Romero de San Pio
UCI. Hospital Universitario Central de Asturias (Oviedo). Miembro del Comité de Ética de la Investigación del Principado de Asturias.

Fernando Alonso Pérez
Decano de la Facultad de Enfermería de Gijón (Gijón). Doctor por la Universidad de Oviedo.

Carmen Teresa Velasco González
Jefa de Sección de Calidad de la D.G. de Planificación Sanitaria. Consejería de Sanidad del Principado de Asturias (Oviedo)

Emilio Velasco Castañón
Centro de Salud Llano Ponte (Avilés)

Dolores Mirón Ortega
Centro de Salud de Mieres Sur (Mieres)

Rubén Martín Payo
Escuela Universitaria de Enfermería de Oviedo (Oviedo). Doctor por la Universidad de Oviedo.

Sofía Osorio Álvarez
Hospital Universitario de Cabueñes (Gijón)

Margarita Fernandez Garcia
UGC de Sotrondio (Sotrondio)

Ma Ángeles González Fernández
Subdirectora de Enfermería de Atención Primaria del área del Bierzo (León)

Susana Navalpotro
Enfermera de UVI Móvil del SUMMA 112 (Madrid)

Francisco Javier Izurubieta Barragán

Escuela Universitaria de Enfermería. Servicio Riojano de Salud/Universidad de La Rioja (Logroño). Doctor por la Universidad de Logroño. Miembro de Investén-isciii

Estefanía Vegas Pardavila

Doctora por la Universidad de Alicante. Enfermera en el HUCA, Oviedo.

Sheila Sánchez Gómez

Centro de Salud Zaramaga. Presidenta de la Subcomisión de Enfermería de la Unidad Docente de Álava (Álava). Doctora en Ciencias de la Enfermería

Manuel Rich Ruíz

Director del Departamento de Enfermería. Facultad de Medicina y Enfermería. Universidad de Córdoba. Doctor por la Universidad de Córdoba. Miembro de Investén-isciii

Ángel Martín García

Centro de Salud San Blas (Parla). Dirección Asistencial Sur. Gerencia de Atención Primaria (Madrid)

Susana Fernández Pérez.

Supervisora de Formación y Recursos Materiales del Área V, Hospital de Cabueñes.

Jorge Minguez Arias

Doctor por la Universidad de Alicante. Enfermero Comunitario Centro de Salud Arnedo La Rioja

Ricardo de Dios del Valle

Subdirector de Atención Sanitaria del Área IV de Asturias

Luis Arantón Areosa

Doctor por la Universidad de A Coruña (UDC). Director de Procesos de Enfermería. Estructura Organizativa de Gestión Integrada de Ferrol. Servicio Gallego de Salud (SERGAS)

Sara Diez González

Enfermera especialista en FyC. Unidad de Epidemiología Laboral y Ambiental de la Consejería de Sanidad del Principado de Asturias

Isabel Feria Raposo

Supervisora de enfermería. Coordinadora de investigación en enfermería. Unidad de agudos.Hospital Benito Menni (Barcelona)

M. Belén Suárez Mier

Enfermera del Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública del HUCA (Asturias)

Dolores Sánchez López

Enfermera en el Centro de Salud de las Huelgas (Burgos). Miembro de Investén - isciii

Xosé Manuel Meijome

Enfermero.Bloque quirúrgico. Hospital El Bierzo (Ponferrada). Creador del blog cuadernillosanitario

Beatriz Braña Marcos

Enfermera de Atención Primaria de Asturias. Miembro del Comité Científico del Centro Colaborador Español del Instituto Joanna Brigg y del Comité Ético de Investigación Clínica del Principado de Asturias

José María Rumbo Prieto

Doctor por la UDC. Supervisor de Cuidados, Investigación e Innovación. Área Sanitaria de Ferrol

Belén García Hernández.

Enfermera Especialista en FyC. Enfermera de Atención Primaria Área Sanitaria V, Asturias.

Cristina Obaya Prieto.

Enfermera Especialista en FyC. Enfermera de Atención Primaria Área Sanitaria V, Asturias.

Patricia González Rocés

Enfermera Especialista en Salud Mental. Centro de Atención Integral (CAI) Area Santiaria I, Sespa

Almudena Pousada González

Enfermera del Hospital Universitario Central de Asturias. Doctora por la Universidad de Oviedo. Profesora Asociada de la Facultad de Medicina y Ciencias de la Salud de Oviedo.

María Álvarez Fernández.

Enfermera Especialista en F y C. Atención Primaria Área VII. Sespa

EFFICHRONIC: un primer paso hacia las personas con mayor vulnerabilidad



*"Que curioso el ser humano: nacer no pide,
vivir no sabe y morir no quiere"*

Pablo Neruda

Tres años han pasado desde que iniciamos en Asturias la puesta en marcha de la Escuela de Pacientes y del Programa Paciente Activo Asturias (1).

En el marco de la Estrategia Nacional de Abordaje a la Cronicidad del Ministerio de Sanidad, Consumo e Igualdad en el año 2012 (2), quiero destacar como punto de partida su Objetivo nº 3: "Impulsar y reforzar la capacitación de las personas y de la comunidad para promover la autonomía, el autocuidado y los estilos de vida saludables". Este objetivo ha marcado el inicio en España de la puesta en marcha de distintas iniciativas de capacitación, programas de Pacientes Expertos, Activos, Escuelas de Cuidadoras etc. que en la actualidad son coordinadas por el mismo ministerio en una Red de Escuelas de Salud para la Ciudadanía.

La Escuela de Pacientes de Asturias, se inicia y se orienta con claros objetivos de ayudar a las personas con enfermedad crónica y a los cuidadores/as a aumentar sus propias capacidades en el autocuidado, a destacar aquellos aspectos positivos del cuidado tanto físico como emocional, y a integrar elementos de accesibilidad y equidad para todos los ciudadanos asturianos que pudieran beneficiarse del programa.

Esta orientación, es clave para entender nuestro devenir, tal y como tuve el honor de escribir en un anterior editorial de ésta misma revista (3). La orientación que a nivel mundial seguimos desde el hito marcado por la Carta de Ottawa, donde los protagonistas deben de ser los individuos, los ciudadanos, a los cuales debemos de reforzar y permitir desarrollar sus actitudes personales (4). A este concepto más integral del abordaje de la salud de los individuos en su conjunto, y no parcelado o desmembrado por las específicas dolencias de las que pudieran adolecer, la Carta de Ottawa nos orienta y da las pistas necesarias para pensar que estas acciones aisladas son necesarias, pero no suficientes para alcanzar nuestro objetivo de mejorar la salud de los ciudadanos, y debemos de reforzar la acción comunitaria y reorientar los sistemas de salud de forma simultánea.

Y, en estas lides llevamos trabajando desde el año 2014, reforzando la acción comunitaria con las Escuelas Municipales de Salud, orientando las acciones a la consecución del bienestar de las personas, la creación de redes de apoyo y abanderando el concepto de salud ligado al bienestar como un concepto positivo de salud, para alcanzar un adecuado estado de bienestar físico, mental y social (Teoría de Salutogénesis de Aaron Antonovsky) (5).

En este caminar, nos hemos dado cuenta de que quizás no estén todos los que son, que quizás, seguimos atendiendo a los mismos ciudadanos, y que quizás también tengamos que ser proactivos en atender a las necesidades paralelas que hacen que determinados colectivos no puedan acudir a recibir los servicios que ofrecemos desde el Sistema Público de Salud.

Con esta reflexión, que ustedes ya conocen formulada en la “**Ley de Cuidados Inversos**” de Julian Tudor Hart (6), comenzamos a escribir un proyecto, que contempla la mirada de desigualdad existente hoy en día en los servicios que ofertamos. E incluimos como población diana, población objeto de nuestra mirada a población vulnerable, población que incorpora a sus problemas de enfermedad y cuidados los problemas sociales que aumentan sus condiciones desfavorables de vida.

Este proyecto se llama EFFICHRONIC, y fue presentado, aprobado y financiado por la Comisión Europea con fondos aportados por el programa de Salud de la Unión Europea (2014-2020) como parte del proyecto / acción conjunta 738127.

EFFICHRONIC es el acrónimo que deriva del título *Enhancing health systems suitability by providing cost-efficiency data of evidenced based Interventions for chronic management in stratified population based on clinical socio-economic determinants of health*, (en castellano, Mejorando la sostenibilidad de los sistemas sanitarios a través de intervenciones costo-eficientes basadas en la evidencia, en el ámbito del empoderamiento de individuos para la auto-gestión de enfermedades crónicas, teniendo en cuenta determinantes de la salud clínicos y socioeconómicos).

EFFICHRONIC reúne a un consorcio de organizaciones sanitarias europeas bajo la coordinación de la Consejería de Sanidad del Gobierno del Principado de Asturias (CSPA), el Servicio de Salud del Principado de Asturias (SESPA) y la Fundación para el Fomento en Asturias de la Investigación Científica Aplicada y la Tecnología (FICYT).

El principal objetivo del proyecto EFFICHRONIC es aportar evidencia sobre el retorno positivo de la inversión y sobre lo coste-eficiente de la aplicación del programa CDSMP (Chronic Disease Self-Management Programme, en Español Tomando Control de su Salud (TCS)) en 5 países con situaciones socioeconómicas diferentes de la Unión Europea (Francia, Italia, Holanda, España y Reino Unido). El proyecto pone especial atención sobre los factores (sanitarios, sociales, culturales y económicos) que afectan a la salud y al desarrollo y autogestión (autocuidado) de las enfermedades crónicas. Ambos programas han sido desarrollados por la Universidad de Stanford, hace 40 años y buscan formar a personas con enfermedad crónica y a sus cuidadores para empoderarlos y capacitarlos en la autogestión de su condición crónica, para tomar control de su enfermedad, para aumentar la autoeficacia, para mejorar el afrontamiento individual a la enfermedad crónica y/ o al cuidado y para mejorar su acceso a los servicios sanitarios, de forma que todo ello se refleje en mejores resultados en salud.

Partimos de la reflexión de: ¿qué grado de vulnerabilidad social sería pertinente incluir en el proyecto, dado que las personas excluidas socialmente, requieren otro tipo de abordajes más complejos? Este aspecto se puede entender muy bien si hacemos la similitud con la clínica, las personas con patologías muy complejas requieren de intervenciones intersectoriales y sanitarias más complejas para su resolución o abordaje.

Por ello, seleccionamos la población vulnerable de forma atingente con la definición de vulnerabilidad del Informe de 2006 de la Cruz Roja Española (7), en el que la vulnerabilidad es definida como una “zona intermedia” donde todos somos susceptibles de caer en algunos momentos vitales y por varias razones (ante un evento catastrófico o de cambio profundo, cualquiera puede llegar a ser vulnerable). “La zona de vulnerabilidad social está situada entre la zona de integración (trabajo estable y pilares sociales y familiares sólidos) y la de exclusión (carencia de trabajo y aislamiento socio-familiar), caracterizándose, por lo tanto, por ser una zona más inestable, con trabajos precarios, paro intermitente y pilares socio-familiares menos sólidos.

La población de EFFICHRONIC, será en un primer lugar seleccionada geográficamente a nivel poblacional. Para la selección de áreas geográficas vulnerables de donde obtener la población de estudio, se ha decidido utilizar el índice de privación del Proyecto MEDEA (8):

- Se trata de un índice validado, concordante con los realizados en otros países con una metodología similar.
- Es fácil de obtener a partir del Censo de Población, y permite comparaciones entre zonas y países.
- Permite detectar áreas vulnerables dentro de grandes ciudades. (Es importante tener en cuenta que, en nuestra Comunidad Autónoma, 2/3 partes de la población se concentran en 6 municipios, que representan el 8% de la superficie de nuestro territorio).

El índice de privación del proyecto MEDEA se construye a partir de cinco indicadores obtenidos para cada sección censal del Censo del año 2001 que tienen en cuenta el nivel educativo, el nivel económico y el porcentaje de asalariados y desempleados.

Una vez localizadas las zonas geográficamente más vulnerables, acudimos a los territorios para realizar abordajes de captación de participantes. Es necesario tener en cuenta la dificultad implícita de captación a las personas objeto del estudio, difícil acceso ("hard to reach"), por lo que varias son las estrategias puestas en marcha para poder mejorarlo. Fuente de las mismas son las propuestas por Horowitz (9) basadas en la investigación participativa basada en la comunidad (CBPR).

No puedo compartir con ustedes mucha más información, dado que estamos en el proceso de reclutamiento. Lo que si quisiera compartir son mis sentimientos de avance hacia personas cuyas necesidades muchas veces no son conocidas ni reconocidas y el pensamiento de que después de EFFICHRONIC habremos puesto un pequeño granito de arena en Europa que sirva para hacer este mundo un poco más equitativo.

Muchas gracias

Marta Pisano González

Coordinadora Escuela de Pacientes. Servicio de Promoción de la Salud. Dirección General de Salud Pública. Consejería de Salud del Principado de Asturias (Oviedo)

*"Cuando creíamos que teníamos todas las respuestas,
de pronto, cambiaron todas las preguntas"*

Mario Benedetti

Bibliografía

1. Pisano M, Hevia JR. Proyecto Escuelas de Pacientes [Internet]. Oviedo: Dirección general de Salud Pública. Consejería de Sanidad de Asturias; 2015. [accedido el 28 de abril de 2018]. Disponible en:
https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/AS_Promocion%20de%20la%20Salud/PACAS%20Paciente%20Activo/ESCUELA%20PACIENTES%20tripas%20AF%20v.%20Astursalud%20completo.pdf
2. Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2012. [accedido el 28 de abril de 2018]. Disponible en:
http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf
3. Pisano González M. ¿Es posible ganar calidad de vida cuando se posee una enfermedad crónica? [Internet]. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). 2016; 4(3):4-6. [accedido el 28 de abril de 2018]. Disponible en: <http://www.seapaonline.org/revistas/46-rqr-enfermeria-comunitaria-vol-4-n-3-verano-2016>
4. Carta de Ottawa. Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de Salud [Internet]. Ottawa; 1986. [accedido el 20 de julio de 2016]. Disponible en: <http://www1.paho.org/spanish/HPP/OttawaCharterSp.pdf>
5. Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. Health Promot Int. 1996 Mar 1;11(1):11-8. [accedido el 28 de abril de 2018]. Disponible en: <https://academic.oup.com/heapro/article/11/1/11/582748>
6. Hart JT. The inverse care law. [Internet] Lancet 1971; 1(7696): 405-12. [accedido el 28 de abril de 2018]. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S014067367192410X>
7. Española, C. R. Informe sobre la vulnerabilidad social 2011-2012. Resumen Ejecutivo. Cruz Roja Española. Madrid; 2013.
8. Marí-Dell'Olmo M, Martínez-Beneito M A, Borrell C, Zurriaga O, Nolasco A, Domínguez-Berjón M F. Bayesian Factor Analysis to calculate a deprivation index and its uncertainty. Epidemiology 2011; 22:356-364.
9. Horowitz CR et al. Effective Recruitment of Minority Populations through Community-Led Strategies, Am J Prev Med. 2009; 37 (6): 195-200.

Yo cuido, tú cuidas, ella cuida: relatos de vida de cuidadoras informales

I care, you care, she cares: life stories of informal caregivers

Rosa Isabel Fernández Raigada

Centro de Salud de Piedras Blancas (Castrillón). Área Sanitaria III del Principado de Asturias

Manuscrito recibido: 19-02-2017

Manuscrito aceptado: 08-10-2017

Cómo citar este documento

Fernández Raigada R I. Yo cuido, tú cuidas, ella cuida: relatos de vida de cuidadoras informales. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). 2018 Mayo; 6(2): 8-19

Resumen

Objetivo

Conocer la experiencia, percepciones y sentimientos de diferentes cuidadoras informales de familiares dependientes.

Metodología

Análisis cualitativo de relatos biográficos de cuidadoras informales. La búsqueda de las fuentes de información se realizó en el mes de julio de 2016. La fuente de búsqueda y selección de los relatos biográficos fue el fondo documental Archivos de la Memoria del Laboratorio de Investigación Cualitativa de la Fundación Index.

Resultados

9 relatos biográficos de cuidadoras mujeres. Se obtuvo un total de 4 categorías y 85 códigos temáticos. Tras el análisis, encontramos que lo que domina en todos los relatos son los sentimientos que genera en la cuidadora la situación de dependencia, seguido por la llegada de la enfermedad, la vida antes del cuidado y la experiencia como cuidadora y el apoyo familiar y profesional.

Conclusiones

Todos los relatos nos muestran de una manera cruda el afrontamiento llevado a cabo por las protagonistas, en un momento muy duro de su vida, así como las repercusiones físicas y psicológicas. El aislamiento, la soledad y el abandono en muchos casos de familia, amigos, trabajo...hace que las estrategias usadas sean variadas y efectivas. El apoyo familiar e institucional es fundamental para que las cuidadoras no se sientan olvidadas.

Palabras Clave

Cuidadores, acontecimientos que cambian la vida, género y salud, mujeres, calidad de vida, enfermería

Abstract

Objective

To get to know the experience, perceptions and feelings of different informal carers of depending family members.

Metodology

Qualitative analysis of biographical accounts of informal caregivers. The search for sources of information was done in July 2016. The source search and selection of biographic stories was the documentary "Archivos de la Memoria" from the laboratory of investigation "Fundación Index".

Results

9 biographic tales from female carers. A total of 4 categories and 85 thematic codes were obtained. After the analysis, we found that what dominates in all the biographic stories is the feelings that the situation of dependency generates in the carer, followed for the arrival of the illness and dependency, life before care and the experience as a carer and the professional and family support.

Conclusions

All the stories show in a very crude way the struggle of the protagonists, in a very hard time of their lives, as well as the physical and psychological consequences. The isolation, the loneliness and in many cases leaving behind family, friends and work...make the several different strategies used varied and effective. The institutional and family support is fundamental for these carers not to feel forgotten and abandoned.

Keywords

Caregivers, life changing events, gender and health, women, quality of life, nursing

Introducción

El cuidado informal es definido como *todas aquellas actividades de ayuda dirigidas a personas con algún grado de dependencia y que son provistas por personas de su red social, no existiendo una entidad intermediaria o relación contractual*. Es una actividad que está en el centro de nuestra existencia y que va más lejos de la propia enfermedad, pues cuidar es ayudar a vivir y existir.

El trabajo de cuidado informal ha sido y es desarrollado básicamente por mujeres. La cuidadora familiar realiza cuidados únicos y humanizados dirigidos a las necesidades concretas de la persona que recibe sus cuidados y es capaz de relacionar su vida, su entorno familiar, social y cultural (1,2). En nuestro país, según datos del Ministerio de Empleo y Seguridad Social (3), en el año 2015 el 84,58% de la excedencia por cuidado de familiares fue solicitado por mujeres, con un 88,66% en Asturias.

La clara predominancia del género femenino en los cuidadores se corresponde con unas expectativas sobre quién debe cuidar, que aparecen en muchas sociedades, incluida la nuestra. Además, esta preponderancia no es exclusiva en nuestro país, sino que se repite en muchos. La predominancia de las mujeres cuidadoras se da en todos los grupos socioculturales y la carga del cuidado suele recaer sobre la hija o la esposa de la persona cuidada (4).

En relación a la calidad de vida del cuidador, se puede producir deterioro de la salud física y mental, pérdida de trabajo o de oportunidades laborales y reducción del tiempo destinado al ocio, entre otras. Todo esto convierte a las cuidadoras en enfermas secundarias al sufrir directamente las repercusiones físicas, psicológicas y sociales asociadas al hecho de cuidar.

El cuidar es un determinante en la producción de desigualdades de género en salud pues la carga derivada de los cuidados tiene un efecto perjudicial para su salud (2,5), con consecuencias para la salud física de las cuidadoras, que frecuentemente tienen edad avanzada y pertenecen a la misma generación que la persona cuidada (1). Las desigualdades de género en las personas que cuidan a otras son reflejo de la tendencia observada en la población general, donde las mujeres refieren una mayor prevalencia de problemas de salud que los hombres (6).

La investigación en salud ha experimentado en los últimos tiempos un acercamiento hacia los enfoques cualitativos de los problemas de salud. El incremento de investigaciones cualitativas en Ciencias de la Salud se explica por la diversidad de problemas y situaciones de salud o enfermedad que no pueden ser abordados desde perspectivas puramente biologicistas, sino que deben tener un enfoque holístico que permita comprender e interpretar la realidad, los significados y las percepciones y experiencias de las personas ante una situación determinada. De esta manera, el relato biográfico se afianza como diseño de investigación cualitativo que se utiliza para describir de manera pormenorizada la experiencia vivida por una sola persona o un grupo reducido de personas, expresado con sus propias palabras. Lo que se intenta es ampliar la comprensión de la realidad según las percepciones, creencias, vivencias y expectativas del actor o actores implicados (7-9).

El concepto de investigación cualitativa, se basa más en las relaciones entre las personas, en el subjetivismo, se refleja en el marcado interés de los profesionales de salud y la interacción entre el paciente y la salud, en la falta frecuente de relaciones claras y directas sobre la salud o el bienestar, en el énfasis entre la relación entre la mente y el cuerpo (10).

Objetivo

Conocer la experiencia, percepciones y sentimientos de cuidadoras informales de familiares dependientes.

Metodología

Investigación secundaria cualitativa con enfoque fenomenológico y técnica documental, en la cual se realizó el análisis de relatos biográficos o historias de vida de cuidadoras informales de familiares dependientes.

El estudio se inició con la pregunta de investigación "¿Cuáles son las experiencias, percepciones y sentimientos de las mujeres cuidadoras informales de familiares dependientes a su cargo?", la cual siguió la estrategia SPICE para estudios cualitativos.

La búsqueda de las fuentes de información, se realizó en el mes de julio de 2016. Los relatos biográficos debían cumplir los siguientes criterios de inclusión:

- Relatos o historias de vida publicadas entre el año 2010 y julio de 2016 y en idioma español.
- Relatos de cuidadoras informales, sin formación ni relación con el sistema sanitario, y con algún grado o tipo de parentesco con el familiar dependiente.
- Cuidadoras de un único familiar dependiente mayor de edad.
- Cuidadoras mayores de 50 años o de mediana edad.
- Narraciones de experiencias vividas en primera persona.

La fuente de búsqueda y selección de los relatos biográficos fue el fondo documental Archivos de la Memoria del Laboratorio de Investigación Cualitativa de la Fundación Index y en concreto, la sección Relatos Biográficos (8).

La información se obtuvo de las historias de vida seleccionadas, usando como material para el análisis temático el discurso de los informantes en los relatos. Para el análisis del contenido se siguió la secuencia propuesta por Amezcúa y Hueso Montoro (2009), partiendo del análisis de los relatos RB1 y RB2, realizándose varias lecturas críticas para crear las categorías y los códigos prevalentes en ambos discursos, codificándose el resto de relatos en función de las categorías creadas y modificándose o creando nuevas categorías y códigos según avanzaba el análisis (análisis en espiral).

Resultados

La búsqueda arrojó un total de 9 relatos biográficos, los cuales se muestran en la **Tabla 1**.

"El objetivo de esta investigación es conocer la experiencia, percepciones y sentimientos de cuidadoras informales de familiares dependientes"

Tabla 1: Relación de los relatos biográficos usados para el análisis cualitativo.

Código	Referencia Bibliográfica
RB1	Carmona Rivas MC. Desafío emocional en una cuidadora familiar ante el Síndrome de Guillain Barré. Arch Memoria 2013;10(1).
RB2	Callejas Chagoyen I. Una hija entregada al cuidado de su madre. ¿Cómo lo compagina con su vida laboral?. Arch Memoria 2013;10(3).
RB3	Artajona Mata RM. El cuidado de un familiar anciano dependiente con pluripatología. Arch Memoria 2013;10(3).
RB4	Ríos Ortiz AM. Espero más de lo que recibo. Dificultades y sentimientos de la esposa y cuidadora de un tetraplégico. Arch Memoria 2014;11(1).
RB5	Vázquez García D et al. Consecuencias colaterales del cuidado de un paciente dependiente sobre la vida del cuidador familiar principal. Arch Memoria 2014;11(2).
RB6	Ramos Sáiz D. Duelo desde la perspectiva de una cuidadora familiar. Arch Memoria 2014;11(3).
RB7	Vázquez García D et al. La vejez como sobrecarga al cuidado informal. Relato de una cuidadora familiar de edad avanzada. Arch Memoria 2015;12(3).
RB8	Villacampa Sarasa D. Sobrevivir al cuidado de la persona con enfermedad de Alzheimer. Arch Memoria 2016;13(1).
RB9	Carrasco Hidalgo AJ. No hay más que una vida, la que me ha tocado. Arch Memoria 2016;13(1).

Fuente: Elaboración propia

En la **Tabla 2** se muestra la heterogeneidad de las narraciones. En 5 de las narraciones no se cita la edad de la persona dependiente, sin embargo consideramos que cumple los criterios de inclusión debido al tipo de enfermedad que causa la dependencia y a la narración de la cuidadora.

Tabla 2: Segmentación de los relatos biográficos.

Código	Edad cuidadora	Relación con la persona dependiente	Edad de la persona dependiente	Enfermedad que causa la dependencia
RB1	59 años	Esposa	57 años	Síndrome de Guillain Barré
RB2	60 años	Hija	93 años	Demencia senil
RB3	65 años	Hija	92 años	Pluripatología crónica
RB4	52 años	Esposa	Desconocido	Tetraplejia tras accidente
RB5	57 años	Esposa	Desconocido	Traumatismo craneoencefálico tras accidente
RB6	Mediana edad	Hija	Desconocido	Enfermedad terminal
RB7	84 años	Esposa	84 años	Derrame cerebral
RB8	56 años	Hija	Desconocido	Demencia tipo Alzheimer
RB9	55 años	Madre	Desconocido	Daño cerebral adquirido

Fuente: Elaboración propia

Los códigos y temas se muestran en la **Tabla 3**.

Tabla 3: Códigos temáticos y categorías.

Categorías temáticas (4)	Códigos (85)
Vida antes del cuidado (13)	Padres, hijos, familia, hermano, estudios, futuro, horizontes, trabajo, ocio, boda, duelo, independencia hijos, apoyo de padres.
Llegada de la enfermedad y dependencia. (23)	Accidente, primeros síntomas, pruebas médicas, diagnóstico incierto, diagnóstico definitivo, cuidados continuos, traslado hospital, rehabilitación, enfermedad, aislamiento, demencia, agresividad, inquietud, incontinencia, dependencia total, nula colaboración, demanda, incapacidad, enfermo terminal, derrame cerebral, Alzheimer, desorientación, secuelas.
Sentimientos que genera la situación. (36)	Agotamiento, malhumor, resignación, temor, desesperación, estrés, amargura, paciencia, dedicación, aceptación, emoción, tristeza, asimilación, concienciación, flaqueza, motivación, esperanza, miedo, preocupación, inquietud, fe, ilusión, consuelo, escepticismo, increpación, culpa, dolor físico y mental, aprensividad, soledad, cargo de conciencia, responsabilidad, liberación, vacío, dureza, pena, agobio.
Experiencia como cuidadora y apoyo familiar y profesional. (13)	Cuidado, enseñar a cuidar, ayuda para el cuidado, cuidado compartido, suspensión del ocio, tiempo hipotecado, trato humano, respeto al paciente y familia, formación al personal sanitario, cambio de vida, asociación de Alzheimer, centro residencial, apoyo familiar.

Fuente: elaboración propia

Se obtuvo un total de **4 categorías** y **85 códigos temáticos**. Tras el análisis, encontramos que lo que domina en todos los relatos biográficos son los sentimientos que genera en la cuidadora la situación de dependencia, por lo que la consideramos la categoría central con la cual las cuidadoras intentan explicar su vivencia.

Sentimientos que genera en la cuidadora la situación de dependencia: encontramos sentimientos de **responsabilidad y obligación de cuidado** hacia el familiar dependiente por parte de las cuidadoras, que en la mayoría de los casos abocaron a una situación de **agotamiento** físico y mental.

"Con mi padre tengo una gran responsabilidad." RB3

"[...] yo era la que tenía la obligación de cuidarlo [...]. No podía salir. [...] yo tenía la obligación de ser sus piernas y sus ojos y todo." RB5

"Yo podía sola con ello o eso creía [...] estaba tan obcecada [...] acabé por agotarme física y psicológicamente." RB6

"[...] Llego de la compra [...] me tumbo en el sofá porque ya no puedo más [...] Estoy cansada [...] soy muy mayor y llevo muchos años con esto [...]."
RB7

"Me duele el alma, el corazón [...]. Tengo cansancio corporal, anímico, anémico, general." RB1

"Estoy mal [...] agobiada." RB1

"Sentía una tremenda soledad." RB2

Además, la dedicación al cuidado supone para las protagonistas **abandonar o dejar** de lado amigos, familia, ocio y aficiones (entre otros) lo que produce un cambio radical en sus vidas, que va a afectar a su vivencia como cuidadoras, no sin tener sentimientos de culpabilidad en el caso de compartir el cuidado de su familiar.

"[...] dejé muchas cosas para cuidar de mi padre, no me arrepiento, fue mi decisión [...]." **RB3**

"Quizá no dedicaba tanto tiempo como me hubiera gustado a mi marido e hijos [...]." **RB8**

"[...] llevaba muy mal el tener absolutamente hipotecado el tiempo y la libertad de movimientos." **RB2**

"[...] dispongo de tiempo para mí, no sin cierto grado de conciencia, como si de alguna manera creyera que mi madre es mi responsabilidad únicamente." **RB2**

Finalmente, cuando la **enfermedad avanza y el desenlace** llega o es cercano, las cuidadoras expresan los sentimientos que esto les supone así como sentimientos de liberación y descanso.

"[...] una gran liberación, por fin todo había acabado, yo ya podía descansar." **RB6**

"[...] vacía[...] me sobraba el tiempo [...] sentimiento de tristeza y a la vez vacío." **RB6**

"Daba coraje aceptar que ya no se podía hacer nada más [...] lo único que nos quedaba era hacerle compañía[...]." **RB8**

"[...] queda el recuerdo de mi madre [...] puedo dedicarme a mi familia [...] puedo volver a quedar con mis amigos." **RB8**

"[...] la enfermedad de Alzheimer es muy dura [...] carga física y psicológica que supone [...] tras la pérdida, cuando sientes un vacío [...]." **RB8**

En cuanto a la categoría llegada de la enfermedad y dependencia, las cuidadoras narran cómo **llegó la enfermedad**, los primeros síntomas, la confirmación de los diagnósticos, la evolución y en algunos casos todo el devenir posterior de ingresos, pruebas médicas, complicaciones e incluso traslados hospitalarios.

"Por fin le detectaron la enfermedad. [...] en la UCI [...] estuvo allí 3 meses, al principio en coma, hasta que despertó, mejoró y se estabilizó." **RB1**

"[...] me cambié de domicilio y ella se vino conmigo. Nuevo barrio, nueva casa y una incipiente demencia hizo que sufriera un imparable aislamiento [...]." **RB2**

"En estos años, se ha ido haciendo cada vez más dependiente, [...] se puede mover peor [...] los escalones no los puede subir." **RB3**

"Tras el accidente lo operaron y por una broncoaspiración lo tuvieron que intubar. Estaba en la UCI y por la gravedad, lo trasladaron a esta ciudad." **RB4**

"En principio iban a cortarle las piernas [...] le habían salido unas úlceras [...] con gangrena en los pies y otra [...] en el sacro." **RB5**

"[...] le diagnosticaron una enfermedad terminal. [...] fueron muchas consultas, tratamientos[...]." **RB6**

"[...] la enfermedad evolucionó de manera muy rápida: se negó a comer y a beber [...] ingresada por deshidratación. Al alta [...] totalmente encamada con una úlcera increíble en el sacro. [...] no hablaba, no comía[...]." **RB8**

"[...] fue un derrame cerebral [...] el médico me dijo que estaba muy mal." **RB7**

"La memoria la tiene un poco afectada. [...] tengo que adivinarle muchas cosas.[...] me repite muchas veces lo mismo.[...] Otras veces se pone a gritar cuando se cabrea." **RB7**

Sale a relucir además la situación de **dependencia y necesidad de cuidados continuos por parte de los familiares dependientes**, cuyos ejemplos se muestran a continuación en los fragmentos siguientes.

"En estos momentos ya hay que ayudarle para todo: vestirse, ir al baño, asearle, darle la comida [...] se ha vuelto muy demandante y quiere que esté siempre a su lado." **RB3**

"Al principio [...] necesitaba mucha ayuda [...] ha ido recuperando algunas cosas, pero aún necesita que le ayude mucho [...] cosas que no puede hacer sólo." **RB7**

"[...] necesita muchos cuidados, yo diría que para todo, es totalmente dependiente [...] es un cuidado continuo." **RB1**

"La dependencia de mi madre ha sido progresiva [...] depende de nosotros para vestirse, levantarse, acostarse; para su aseo, para comer, ir al baño [...] para todo." **RB2**

"[...] se consideraba un enfermo y cuando él salió del hospital no era un enfermo. [...] tenía una minusvalía y una incapacidad [...] era una persona dependiente [...] no aceptó su situación [...] le dio por beber." **RB5**

En cuanto a la vida antes del cuidado, las protagonistas hablan sobre su juventud, su vida en familia e incluso la relación con sus padres y esposos, con cierta añoranza por el tiempo pasado.

"Soy la mayor de dos hermanas [...] siempre tuve que ser la responsable de todo [...] siempre se me impuso por parte de mis padres [...]." **RB6**

"Mi marido [...] tiene la misma edad que yo. Estoy cuidando de él desde el 2011 [...] llevamos más de sesenta años lo menos juntos. [...] desde que me casé [...] lo he estado cuidando siempre." **RB7**

"[...] crecimos en un ambiente familiar y de armonía, educación y felicidad. Nos casamos y nos independizamos [...]." **RB8**

"[...] mis padres me ayudaron muchísimo en el cuidado de mis hijos [...] voluntario por su parte [...]." **RB2**

Para finalizar, en la categoría experiencia como cuidadora y apoyo familiar y profesional, nos encontramos que las cuidadoras **reflexionan de manera general** sobre el cuidar, sobre ellas como cuidadoras y sobre lo que observan en relación a los cuidados dispensados a su familiar. Además nos hablan del **apoyo recibido por familia y amigos**, como **aprendieron tareas** para ellas desconocidas y que en muchos casos les resultaron difíciles de asumir como cuidadoras.

"Cuidar de una persona implica muchas cosas [...] hay que hacerle absolutamente todo [...] pendiente de la medicación [...] aprender a ponerle la insulina, vigilarle el azúcar, la tensión, hidratarlo bien [...]." **RB3**

"[...] pienso que debería darse una enseñanza específica [...] cursos para lesionados medulares u otros enfermos con características especiales [...]." **RB4**

"He aprendido despacio [...] al comienzo con la presencia de las enfermeras, con mucha paciencia. Me daba mucho miedo, temblaba, se me caían los guantes, me lavaba las manos y no me los podía poner, un desastre, pero he ido aprendiendo cosas y estoy muy agradecida [...]." **RB1**

"Dada mi nula preparación en el cuidado de enfermos, reconozco que tengo que hacer un importante esfuerzo físico y mental: para darle de comer [...] y para el aseo personal [...]." **RB2**

"Al principio los hijos si venían mucho [...] cuando se pone malo, también vienen a ayudarme [...]. Me ayudan porque yo no tengo fuerza para cogerlo. [...] se me cayó muchas veces." **RB7**

"Mi marido e hijos comprendían la situación [...] me apoyaron hasta el último día. [...] Gracias al apoyo de mi familia, tanto mi marido, como mis hijos me han hecho seguir adelante." **RB8**

"[...] me enseñaron a cuidarlo, a detectar los problemas más frecuentes y graves del paciente tetrapléjico. [...] reconocer una infección de orina [...] evitar úlceras por presión [...] corregir posturas incorrectas [...] cuidados de la traqueotomía [...]." **RB4**

"A mi ya me había tocado cuidar a mi madre. [...] aprendí a moverla yo sola. [...] Estuve cuidándola un año, hasta que se murió. [...] yo ya aprendí a hacer muchas cosas con mi madre." **RB7**

Por último, las protagonistas reflexionan sobre la **atención prestada por los profesionales sanitarios**, así como su experiencia en los hospitales, centros de día y residencias de la tercera edad o especializadas y asociaciones.

*"Cuando pido que me ayuden a movilizarlo, porque yo sola no puedo, y me ponen mala cara, eso me derrumba y me vengo abajo [...]. Yo comprendo también que hay falta de personal [...]. Por otro lado hay algunos profesionales que me consideran capacitada para realizar determinados cuidados, sin embargo otros opinan que no." **RB4***

*"El centro de día es otro apoyo muy importante para mí [...]. Los vecinos alguna vez también me ayudan [...]." **RB7***

*"Vi la necesidad de ponerme en contacto con la Asociación de Alzheimer, la que nos ofreció llevar a mi madre tres horas por la tarde al hospital de día, donde realizaban actividades para estimular [...]. Durante las mañanas contratamos a una chica [...]." **RB8***

*"[...] ves a los médicos como los monstruos [...] uno viene con mucho tacto y te dice las cosas medio bien [...] otro viene y te mete un zambombazo [...]. Con enfermería muy bien [...] con confianza y con respeto." **RB9***

*"Las enfermeras y auxiliares, me han enseñado, he aprendido de ellas. Aquí hay personal muy bueno [...] son como nuestra segunda familia." **RB1***

Conclusiones

Los sentimientos que genera el cuidar son lo más representativo del análisis realizado a los relatos biográficos. Dolor físico por la carga de trabajo que supone pero sobre todo el dolor emocional, con fuertes sentimientos encontrados de tristeza y rechazo por la situación frente a la esperanza y la fe hallada en algunas historias. Las cuidadoras hacen frente al cuidado como una responsabilidad y otras veces como una carga de la que no se pueden liberar, generando sentimientos de culpa por no poder asumir de manera completa el cuidado y teniendo que recurrir a otras personas (familia, amigos, instituciones) para poder sobrellevar éste. Sin embargo, la ilusión y la motivación aparecen como sentimientos que hacen que las cuidadoras afronten la situación de manera eficaz, encontrando consuelo en los avances pequeños pero positivos que observan en sus familiares dependientes.

Un punto fundamental a destacar es el momento en que la enfermedad aparece o cuando el deterioro se hace evidente. Punto de inflexión en unas vidas que sufren un vuelco, que giran 180º y hacen que las cuidadoras se replanteen toda su vida hasta el momento. Es un momento de nervios, dudas, desconfianza e incredulidad que hace que en muchos casos se vivan como en una nube, no creyendo lo que está ocurriendo. En esos momentos es fundamental el apoyo familiar y los cuidados y atenciones prestados en los centros sanitarios. Las cuidadoras hablan de la incertidumbre en relación a los diagnósticos, de los continuos ingresos y traslados, así como las intervenciones quirúrgicas y procesos de rehabilitación.

Es importante la relación que se establece con los profesionales de la salud, no siempre positiva como se refleja en algún relato, aunque en general es una relación de confianza y empatía, sobre todo con el personal auxiliar y de enfermería. Muchas de nuestras cuidadoras manifiestan que sus conocimientos en relación al cuidado, sobre todo de muchas técnicas, fue a través de la enseñanza y la paciencia de los profesionales de enfermería y del personal auxiliar. Sin embargo, en otros relatos encontramos sentimientos de disgusto e incompreensión hacia el personal, incluso se demanda formación y conocimientos específicos para el cuidado de personas dependientes a causa de una determinada patología. Esta dualidad de experiencias enriquece nuestro análisis, concluyendo sin embargo que la relación con los profesionales en general es buena y con respeto y confianza.

Para finalizar, el punto de vista cualitativo es fundamental para ofrecer una visión llena de sentimientos y matices difíciles, sino imposibles, de reflejar con cualquier otro tipo de estudio. Los estudios de perspectiva cualitativa en Enfermería abren un nuevo campo de actuación, de investigación y de aplicación de cuidados, basados no solo en la evidencia científica sino también en todos los aspectos intangibles que conforman nuestra identidad como personas, nuestras vivencias, sentimientos y esperanzas.

***Declaración de intereses:** Parte de este trabajo original fue presentado en la I Jornada de Investigación Enfermera: visibilizando tu investigación, celebrada en el Hospital Universitario San Agustín el 19 de enero de 2017.*

Bibliografía

1. Rogero García J. Los tiempos del cuidado. El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores [Internet] Madrid: Ministerio de Sanidad y Política Social. Secretaria General de Política Social y Consumo. Instituto de Mayores y Servicios Sociales; 2010 [acceso 7 de julio de 2016]. Disponible en:

<http://imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/12011tiemposcuidado.pdf>

2. Gálvez González M, Martín Muñoz B. Alguien cuida de mí, cuidaré y me cuidarán. Arch Memoria [Internet]. 2013 [citado 6 jul 2016];10(3). Disponible en:

<http://www.index-f.com/memoria/10/10300.php>

3. Instituto de la Mujer [Internet]. Madrid: Instituto de la Mujer y para la Igualdad de Oportunidades; [30 de septiembre de 2016; acceso 2 de octubre de 2016]. Disponible en:

<http://www.inmujer.gob.es/estadisticas/consulta.do?area=6>

4. Crespo López M, López Martínez J. Cuidadoras y cuidadores: el efecto del género en el cuidado no profesional de los mayores. Boletín sobre el envejecimiento. Instituto de Mayores y Servicios Sociales [Internet]. 2008 Octubre. [citado 2 oct 2016];35. Disponible en:

<http://www.imserso.es/interpresent3/groups/imserso/documents/binario/boletinopm35.pdf>

5. Quiñoz Gallardo MD, García Calvente MM. Cuidados domiciliarios prestados por mujeres inmigrantes en España: análisis de género. Enfermería Comunitaria [Internet]. 2015 [citado 6 jul 2016]; 11(2). Disponible en:

<http://www.index-f.com/comunitaria/v11n2/ec10001.php>

6. Larrañaga I, Martín U, Bacigalupe A, Begiristáin JM, Valderrama MJ y Arregi B. Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género. Gac Sanit [Internet]. 2008 [citado 7 jul 2016];22(5):443-50. Disponible en:

<http://scielo.isciii.es/pdf/gsv/v22n5/original7.pdf>

7. Amezcúa M, Hueso Montoro C. Como elaborar un relato biográfico. Arch Memoria [Internet]. 2004 [citado 8 jul 2016]; 1. Disponible en:

<http://www.index-f.com/memoria/metodologia.php>

8. Martín Muñoz B, Gálvez González M y Amezcúa M. Cómo estructurar y redactar un relato biográfico para publicación. Index Enferm [Internet]. 2013 [citado 8 jul 2016];22 (1-2): 83-88. Disponible en:

<http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962013000100018>.

9. Amezcúa M, Hueso Montoro C. Cómo analizar un relato biográfico. Arch Memoria [Internet]. 2009 [citado 8 jul 2016]; 6 (3). Disponible en:

<http://www.index-f.com/memoria/6/mc30863.php>

10. Velasco Juez MC. El método biográfico y las historias de vida. Su utilidad en la investigación en enfermería. Index Enferm [Internet]. 1999 [citado 8 jul 2016]; 27:25-30. Disponible en:

http://www.index-f.com/indexenfermeria/27revista/27_articulo_25-30.php

Historia de la enfermería familiar y comunitaria en España: una revisión de la literatura

History of family and community nursing in Spain: a review of literature

Lucía Pérez-Vico Díaz de Rada, Gonzalo Duarte-Climents, María Begonia Sánchez-Gómez, Juan Gómez-Salgado

Gerencia de Atención Primaria de Tenerife. Servicio Canario de la Salud. Santa Cruz de Tenerife. (España)

*Manuscrito recibido: 13-10-2017
Manuscrito aceptado: 19-12-2017*

Cómo citar este documento

Pérez-Vico Díaz de Rada L, Duarte-Climents G, Sánchez-Gómez MB, Gómez-Salgado J. Historia de la Enfermería Familiar y Comunitaria en España: una revisión de la literatura. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de Seapa). 2018 Mayo; 6(2): 20-33

Resumen

Objetivo

La puesta en marcha en nuestro país de una especialidad de enfermería que incluya competencias en Salud Pública y Comunitaria ha sido muy reciente, aunque históricamente la enfermería lleva muchos años desarrollando funciones en este ámbito. Por ello, el objetivo de esta revisión es ofrecer una síntesis sobre la evolución de la enfermería de Salud Pública en España y su situación en el momento actual.

Métodos

Se realizó una búsqueda bibliográfica desde octubre de 2013 a mayo de 2016 en PubMed, BVS, CUIDEN y Biblioteca Cochrane Plus utilizando los descriptores: enfermería de salud pública, enfermería comunitaria, enfermera visitadora.

Resultados

Se realizó una búsqueda referencial para la literatura gris, sin restricción de fecha recuperándose 20 artículos, 3 libros y 41 referencias legales para elaborar la síntesis narrativa.

Conclusiones

Es fundamental para la población y la propia evolución de la profesión dar salida y continuidad al desarrollo de la enfermería en el ámbito de la Comunidad y la Salud Pública. El esfuerzo, trabajo y tiempo que ha supuesto para todas estas enfermeras a lo largo de todos estos años representa una lucha profesional para que la Enfermería se encuentre en el lugar actual.

Palabras clave

Enfermería de salud pública, enfermería comunitaria, enfermera visitadora, historia de la enfermería, revisión bibliográfica.

Abstract

Objective

The implementation in our country of nursing specialization that includes competences in Public and Community Health has been very recent, although nursing has been carrying out many years in this field. The aim of this review is to provide a synthesis of the evolution of public health nursing in Spain and its current situation.

Method

A bibliographic research was conducted from October 2013 to May 2016 in PubMed, BVS, CUIDEN and Cochrane Plus Library using the descriptors: public health nursing, community nursing, visiting nurse.

Results

A reference search in gray literature, with no date restriction gave 20 articles, 3 books and 41 legal references to elaborate the narrative synthesis.

Conclusions

It is fundamental for the population and the profession evolution to give way and continuity to the development of nursing in the field of Community and Public Health. The effort, work and time that has meant for all these nurses throughout all these years represents a professional struggle for Nursing to be in the current place.

Keywords

Public health nursing, community nursing, visiting nurse, history of nursing, review.

Introducción

En la modernización del Sistema Nacional de Salud el desarrollo profesional constituye un aspecto básico y debe responder a criterios comunes en relación al ámbito de evaluación de competencias (1). Por ello los servicios sanitarios y la calidad de los mismos dependen, en gran medida, de las competencias que desarrollen los profesionales. Es importante definir las y evaluarlas para mejorar la formación, asegurar la calidad y gestionar a los profesionales en función de éstas (2).

La especialización de la enfermería surge de la evolución de: conocimientos científicos, medios técnicos y sistema sanitario. Esto va unido a la necesidad de cuidados especializados en los usuarios (3). Actualmente en España se encuentran descritas las competencias enfermeras para las especialidades de Enfermería Familiar y Comunitaria (EFyC) (4), Enfermería Obstétrico-Ginecológica (5), Salud Mental (6), Enfermería Geriátrica (7), Enfermería Pediátrica (8) y Enfermería del Trabajo (9). Dentro del programa de la especialidad de Enfermería del Trabajo se incluye en su formación teórica un apartado titulado "la salud pública y la salud laboral en España". En contraste, el programa de la especialidad de EFyC dedica un bloque completo de competencias a la "Salud Pública y Comunitaria". Es la única especialidad que asume las competencias a adquirir y desarrollar en este ámbito. En un trabajo previo sobre las competencias de esta especialidad identificamos dificultades para encontrar investigación referente al conjunto de todas ellas (10), en las bases de datos de MEDLINE, SciELO, IBECS, Cochrane e INAHTA. Aunque hay numerosos estudios sobre competencias clínicas, calidad y satisfacción, se encuentran pocos que tratan la prevención primaria o planificar, dirigir, desarrollar o evaluar programas de atención en el ámbito de la Salud Pública y/o comunitario (11).

Objetivo

La puesta en marcha en nuestro país de una especialidad de enfermería que incluya competencias en Salud Pública y Comunitaria ha sido muy reciente, aunque históricamente la enfermería lleva muchos años desarrollando funciones en este ámbito.

Por ello nuestro objetivo es ***identificar las evidencias historiográficas disponibles y ofrecer una síntesis sobre la evolución de la enfermería de Salud Pública en España y su situación en el momento actual.***

Metodología

El método de este trabajo fue revisión bibliográfica y análisis crítico de la misma, en torno a la historia de la enfermería de salud pública en España. Según el diccionario de la Real Academia, revisar es ver con atención y cuidado o someter algo a nuevo examen para corregirlo, enmendarlo o repararlo (12). La finalidad del artículo de revisión fue examinar la bibliografía publicada y situarla en cierta perspectiva. Según Icart el objetivo fundamental del artículo de revisión es identificar qué se conoce del tema, qué se ha investigado y qué aspectos permanecen desconocidos (13).

Para la localización de los documentos bibliográficos se utilizaron varias fuentes documentales. Se realizó una búsqueda bibliográfica desde octubre de 2013 a diciembre de 2017 en PubMed, BVS, CUIDEN, Biblioteca Cochrane Plus y Teseo, añadiendo búsqueda referencial. Se utilizan los descriptores DeCS / MeSH: enfermería de salud pública, enfermería comunitaria, historia, evolución, nursing, Public Health, Community Health Nursing, history, evolución, y en castellano se añade como término no DeCS enfermera visitadora.

Se seleccionaron aquellos documentos que informan sobre los aspectos históricos de la enfermería de salud pública en España, su principales funciones, roles y competencias. A partir de los mismos se realizó una síntesis narrativa que sigue un criterio cronológico de exposición.

La búsqueda bibliográfica

Se utilizaron los descriptores mencionados. No se hizo ninguna restricción de fecha para la búsqueda. Se realizó una búsqueda referencial para literatura gris. Se recuperaron 42 trabajos, de los cuales 4 libros, 1 capítulo de libro, 8 tesis doctorales, 1 informe técnico, 1 lectura universitaria y 27 artículos. A partir de estos trabajos se elabora la síntesis narrativa (Tabla 1).

Tabla 1: Búsqueda en Bases de Datos, DECS-MESH, resultados

Base de Datos	Combinación	Resultados
PubMed	nursing (Public Health or Community Health Nursing) (history or evolution) spain	13/221
BVS	(enfermería salud pública OR Enfermería en Salud Comunitaria OR enfermera visitadora) (historia OR evolución)	2/9
CUIDEN	Enfermería salud pública historia	20/341
Cochrane	Enfermería comunitaria	1/5
Teseo	Enfermería Comunitaria	3/5
	Enfermeras Comunitaria	1/1
	Enfermería Historia	3/3
	Cultura enfermera	1/1
Referencial		2
Total		42

Fuente: Elaboración propia

Para evaluar críticamente los artículos no se pudieron utilizar las herramientas CASPE estandarizadas, ya que ninguno de los análisis historiográficos o referencias legales encontradas se ajustaron a alguno de los epígrafes disponibles. Por ello se valoró la pertinencia de la información para su inclusión en la selección final.

Resultados

La síntesis narrativa:

- **1840-1860**

Situamos el inicio cronológico de la síntesis en esta fecha porque representa el salto a la profesionalización de la enfermería moderna, así por ejemplo en 1836 se fundó la Sociedad de Enfermería de Philadelphia. Hasta ese momento este trabajo era desempeñado por religiosas o por las órdenes militares. Además, en 1859 se publican las Notas de Enfermería de Florence Nightingale.

En el siglo XIX, posterior al “Informe sobre las condiciones sanitarias de la población trabajadora de Gran Bretaña” de Edwin Chadwick (1842), durante el movimiento sanitario inglés surgió un interés por parte de muchos profesionales sanitarios por la necesidad de actuar en el ámbito de la comunidad. Hubo un primer intento fallido por la Sociedad Epidemiológica de Londres (1854-1856). Mientras, en Estados Unidos, Lemuel Shattuck en el año 1850 y bajo la inspiración directa de Chadwick publica el “Informe de la Comisión de Salubridad de Massachusetts” y sugirió al gobierno la necesidad de formar profesionales de enfermería (14). Como pionera la bibliografía recoge a la figura de Mrs. Lillian Wald. En el año 1893 en Nueva York, da origen a la Enfermería de Salud Pública en los Estados Unidos.

Tres años después del primer intento en Gran Bretaña, William Rathbone sufre el fallecimiento de su mujer. Ésta recibió durante un tiempo los cuidados a domicilio de una enfermera llamada Mary Robinson. Debido a la importante mejoría que experimentó su mujer tras recibir los cuidados en su domicilio, Rathbone sintió la necesidad de apoyar la figura de la enfermera de salud pública. En 1862, Rathbone en contacto con Florence Nightingale, fundó la «Asociación de Enfermeras de Distrito», que tenía por objeto establecer un servicio permanente de enfermeras a domicilio. Se considera la primera escuela de Enfermería de Salud Pública del Mundo. Estas enfermeras trabajaban en la división de la ciudad de Liverpool en 18 distritos, con una profesional asignada a cada uno. Las funciones de las enfermeras de salud pública eran: visita domiciliaria a enfermos, educación y asistencia sanitaria. Se pensó que estas enfermeras que trabajaban al margen de las que lo hacían en el entorno hospitalario, debían recibir una formación específica para el desarrollo de estas funciones.

Estas feministas victorianas fundan en 1857 una asociación constituida por mujeres de clase media-alta, que publicaban folletos, impartían conferencias y realizaban visitas a domicilio. Esta era la “Asociación Nacional de Señoras para la Difusión del Conocimiento Sanitario”. Sus ideas se basaban en la creencia de que la ignorancia de las leyes de la salud era la principal causa de las enfermedades, por ello su propósito principal era educar a la población y divulgar esas ideas y conocimientos.

Estas ideas anglosajonas no se propagaron entre las enfermeras españolas, aunque no se pueden pasar por alto casos excepcionales como la Real Expedición Filantrópica de la Vacuna contra la viruela, también conocida como la Expedición Balmis. Ésta se inició en el año 1803, durante el reinado de Carlos IV, quien sufragó con gastos públicos la expedición y apoyó al médico de la corte, Francisco Javier Balmis. La hija de Carlos IV, la infanta María Luisa había padecido de viruela por lo que el rey estaba muy sensibilizado con la enfermedad y decidió apoyar a Balmis en su intento de vacunación masiva a toda la población de las colonias españolas en América y Asia.

En nuestro país se habla de Concepción Arenal (1820-1893) como la precursora de la visitadora sanitaria, en su trabajo "Manual del visitador del pobre" (1863), trata el tema de la visita domiciliaria, siendo ésta una de las actividades más características de las enfermeras visitadoras.

En 1857 aparece la figura del Practicante; se suprimen las enseñanzas de Cirujano menor o ministrante y establece que el reglamento determinará los conocimientos prácticos que se han de exigir a los que aspiren al título de Practicantes (15).

- **1860-1900**

Tradicionalmente, todas las tareas relacionadas con problemas odontológicos habían sido asignadas a barberos y cirujanos menores hasta 1861, cuando se prohibió la ejecución de esas actividades a quienes no tuviesen el título de practicante (16). Posteriormente, se reguló la profesión de cirujano-dentista y sólo se autorizaba a éstos a tratar las enfermedades de la boca por alteración de los dientes y para el conjunto de operaciones necesarias para su curación (17). Surgió un conflicto de intereses entre los practicantes y quienes poseían el título de cirujano-dentista, ya que desde 1860, los primeros se habían hecho cargo de las tareas que tradicionalmente habían venido realizando los barberos. Finalmente, a partir de 1877 sólo podrían ejercer el arte del dentista los practicantes cuyos títulos estuvieran expedidos antes de esta fecha (18).

En 1876, se regula la titulación de matrona, limitándose su actuación a la asistencia de partos normales.

No es hasta 1896 cuando se abre la primera escuela en España llamada "Cuerpo de Enfermeras de Santa Isabel de Hungría". Durante los siguientes años y de manera muy limitada por la falta de profesionales formados en materia de higiene y sanidad pública, se van aprobando planes de estudios nacionales y la legislación va avanzando de manera muy lenta.

- **1900-1931**

En los últimos años del siglo XIX se consolidó, desde el punto de vista normativo, la situación de los practicantes y matronas como profesionales auxiliares de la medicina. En el año 1888 se aprobó el Reglamento que debía regir las carreras de practicantes y matronas quienes se encargaban de «auxiliar la parte mecánica y subalterna de la cirugía» (19). En 1901, se modificó el reglamento de 1888, relativo a la formación de practicantes y matronas, a partir de este momento, se obligaba a realizar un examen de ingreso que debía comprender los conocimientos de primera enseñanza (20).

En 1915, por primera vez en la historia se regula el título de enfermera. A pesar de institucionalizarse los cuidados bajo estas tres denominaciones: enfermeras, practicantes y matronas. Por otro lado, en el año 1917 se crea el Cuerpo de Damas enfermeras de la Asociación de la Cruz Roja Española (21).

*"En 1896 cuando se abre la primera escuela en España llamada
'Cuerpo de Enfermeras de Santa Isabel de Hungría' "*

- **1931-1936**

Durante la Segunda República se producirían grandes cambios para la enfermería. En esta época se dan los primeros pasos en la creación de especialidades dedicándose especial atención al área psiquiátrica, ya que a través de una orden ministerial se reconocía el diploma de "Enfermero Psiquiátrico" (22). Además, en este mismo periodo de la Segunda República, surgió una reforma donde los cuerpos de practicantes y matronas se integraron en el nuevo organigrama sanitario. En este reglamento se desarrollaban las funciones de ambos grupos de profesionales; los practicantes tenían la labor de asistencia auxiliar médico-quirúrgica gratuita de las familias pobres que les fueran asignadas y asistir a partos normales cuando no se encontrasen cubiertas las plazas de matrona (23).

En 1931 se crea la Sección de Higiene Infantil dependiente de la Inspección General de Instituciones Sanitarias que se encargaba de luchar contra la mortalidad infantil y los aspectos que se relacionaban con ella (24). Como consecuencia de la falta de personal, en las décadas de los años 20 y 30, se crearon varias instituciones docentes. Así surgieron la Escuela Nacional de Puericultura en 1923 (25), la Escuela Nacional de Salud en 1924 (26) y la Escuela Nacional de Enfermeras Visitadoras en 1932.

La creación de la Escuela Nacional de Salud supone la culminación de una obra de mucho tiempo de trabajo, además surge como respuesta a las diversas voces que, durante las primeras décadas del Siglo XX, reclaman a España poder garantizar de acuerdo con las ideas de la moderna Salud Pública, una formación específica y regular para quienes eran responsables de las materias relacionadas con la Higiene y la Sanidad Pública. La Fundación Rockefeller en colaboración con la Escuela Nacional realizó un análisis de la situación de la enfermería en España. La encargada de este análisis fue Elisabeth Crowell, concluyó que los requisitos necesarios para la admisión en las escuelas de enfermería eran insuficientes, la enseñanza teórica era desorganizada y descoordinada, impartida por médicos, y con una experiencia práctica no supervisada y limitada a casos quirúrgicos. Destacaba la ausencia de profesionales que tuvieran una concepción adecuada de lo que realmente debería ser una escuela de enfermería, lo que conducía a una profesionalización de las enfermeras muy deficiente.

Otro hecho importante en el campo de la enfermería como institución es la creación en 1934 de una Asociación Profesional de Visitadoras Sanitarias, con Mercedes Milá a la presidencia, quien meses después será Inspectora-secretaria de la futura "Escuela de Enfermeras Visitadoras Sanitarias". Como primera iniciativa de la asociación, se puso en marcha una publicación trimestral: "La Visitadora Sanitaria. Boletín de la Asociación Profesional de Visitadoras Sanitarias". Este boletín tenía como fin divulgar las noticias de carácter profesional, publicar artículos técnicos para una formación continuada y poner en contacto a las profesionales asociadas. Tuvieron un papel protagonista en la lucha antituberculosa, se hace mención especial al trabajo pionero que las visitadoras sanitarias de Cruz Roja realizaron en el Dispensario Antituberculoso de Peñuelas, en Madrid, ya que estudiaban los planos de las viviendas, trabajaban para disminuir los contagios y educaban en higiene a las familias (27).

En 1934, José Pérez Mel (Inspector provincial de Sanidad de Albacete), a través de una comunicación titulada "La Escuela Nacional de Enfermeras Visitadoras" presentada en el Primer Congreso Nacional de Sanidad, recordaba la importancia que tenían estas profesionales en la sociedad para el desarrollo de la Salud Pública en España y defendía la necesidad de formar "enfermeras polivalentes" ya que comentaba que en su opinión, era una equivocación preparar enfermeras sólo en el ámbito de la Higiene pues sería caer en el error de enfocar los problemas sociosanitarios de manera unilateral. En cuanto al profesorado, creía que la formación de la parte práctica debían llevarla a cabo enfermeras capacitadas y dejar la enseñanza teórica para los médicos. Respecto al modelo organizativo, defendía el régimen de internado, tres años de formación, el título de bachiller o maestra como requisito para entrar en la escuela y, preferiblemente, estar en edades comprendidas entre los 18 y los 35 años.

En el Primer Congreso Nacional de Sanidad (6-12 de mayo de 1934) se decidió fusionar las tres ramas (higiene rural, higiene infantil y tuberculosis), llamándose a partir de entonces instructoras de sanidad polivalentes, en vez de enfermeras visitadoras.

- **1936-1939**

Durante la Guerra Civil Española (1936-1939) quienes se encargaban de la asistencia en los hospitales eran lo que definían como mujeres jóvenes, que desbordaban entusiasmo y patriotismo, pero no tenían la formación adecuada para llevar a cabo los cuidados. Esta figura maternalista del cuidado se repite a lo largo de la historia en todo ámbito bélico. Al terminar la guerra había que formar a estas mujeres, que habían atendido en esos momentos difíciles para ser útiles para la sociedad.

- **1939-1953**

Una vez finalizada la Guerra Civil, la Escuela Nacional de Puericultura se convirtió en un instrumento fundamental para la política sanitaria desarrollada por el nuevo régimen con el lema "Al Servicio de España y del Niño Español". En el discurso ideológico desarrollado por el franquismo, la reducción de la mortalidad infantil y juvenil, y la mortalidad materna se convirtieron en su objetivo prioritario; ideas que desde finales del Siglo XIX se trabajaban en el resto de Europa.

Con la influencia de esta ideología, la Escuela Nacional de Puericultura continuó funcionando con el mismo organigrama de los años treinta hasta la aprobación de una normativa (28) como consecuencia del marco legal establecido por la Ley de Sanidad Nacional (29) y la Ley de Ordenación de la Universidad Española (30); en ella se contemplaban dos tipos de grados de enseñanza: el grado para médicos (Título de médico puericultor y Diploma de médico puericultor) y grados femeninos, dentro de los cuales se distinguía entre enfermeras puericultoras, maestras puericultoras, matronas puericultoras y puericultoras diplomadas, y el grupo de auxiliares de puericultura.

Con el fin de regularizar la situación de las mujeres jóvenes que habían ejercido las funciones de enfermeras durante el período de guerra en el bando rebelde, surge el Cuerpo de Enfermeras de Falange Española Tradicionalista y de las J.O.N.S. (31). Para ello, se exigía como requisito poseer el título de Enfermera de Falange Española Tradicionalista para formar parte del Cuerpo. La Ley contemplaba la posibilidad de especializarse en dos campos diferentes: las Enfermeras de Guerra y las Enfermeras Visitadoras Sociales.

Además de estas dos titulaciones, existen otras profesionales que se ocupaban de la salud pública sin haber sido regulados oficialmente, como son las Enfermeras del Gran Hospital y Auxilio Social, dependientes directamente de la Dirección General de Beneficencia del Ministerio de la Gobernación y las enfermeras de Higiene Escolar. Las primeras desarrollaban consultas de puericultura, hogares, visitas, etc. Las segundas formaban parte del Cuerpo Médico Escolar del Estado. En 1932 se celebraron las primeras oposiciones, las plazas a ocupar se distribuían en las diferentes capitales de Distrito Universitario, donde solía establecerse el Servicio Médico Escolar (32).

También en 1942, surge el Seguro Obligatorio de Enfermedad (S.O.E.) (33). Esto da salida a una de las dos titulaciones emitidas por el Cuerpo de Enfermeras de Falange Española Tradicionalista y de las J.O.N.S., las Enfermeras Visitadoras Sociales que pasaban a denominarse entonces Enfermeras Visitadoras del Seguro Obligatorio de Enfermedad (34). Sus funciones se limitaban al control del uso o abuso de lo que el Seguro ofrecía a los asegurados y beneficiarios.

- **1953-1977**

La posibilidad de una Enfermería Comunitaria desaparece con la aparición del Real Decreto de 4 de diciembre de 1953 que unificaba en una sola profesión Ayudante Técnico Sanitario (ATS) masculino y femenino, todas las que hasta este momento existían (Practicantes, matronas y toda la gama de enfermeras) (35). El plan de estudios de los ATS se publica por completo en 1955 y se declara la extinción de la profesión de Enfermera (36).

Existe en ese momento una gran cantidad de colectivos dependientes de diversas administraciones que trabajaban en el ámbito de la Enfermería de Salud Pública; pero en las escuelas se observa una carencia de profesorado lo suficientemente capacitado para impartir toda la formación prevista, especialmente en esta materia. Todos estos hechos que ponían en peligro la figura de la Enfermera de Salud Pública desencadenaron una serie de protestas en 1959 dentro de la Asamblea Nacional de Enfermeras de la Sanidad en Madrid que reivindicaban un centro que fuera capaz de formar adecuadamente Enfermeras sanitarias.

Es en este momento cuando empiezan a plantearse la necesidad de crear de manera oficial la especialidad de enfermera sanitario-social organizada y dirigida por la Sanidad Nacional al evidenciar que las enfermeras sanitarias se caracterizaran por una formación polivalente, con conocimiento general de medicina preventiva y de los problemas sanitarios sociales. A toda enfermera que quisiera trabajar en la Sanidad Nacional, servicios médicos sociales y/o de medicina preventiva de cualquier centro, organismo o institución le debería ser exigida esta especialización. Esta iniciativa respondió a las instrucciones de la Organización Mundial de la Salud, que ya en 1956 recomendó la creación de comisiones de estudio para la regulación y elaboración de las especialidades de enfermería. En mayo de 1959 el Ministerio de Educación Nacional aprobó las siguientes especialidades de enfermería: laboratorio y análisis clínicos, fisioterapia, asistencia psiquiátrica, maternología, quirófano y electro-radiología; y se encontraban en estudio las especialidades de puericultura y pediatría, prótesis dental, podología, geriatría, ayudante de farmacia y medicina social y preventiva.

En 1970 se contempla la posibilidad de modificar los planes formativos de las escuelas de ATS; o bien dar a los estudios de enfermería la categoría de formación profesional de segundo grado, o adjudicarlos carácter universitario (37). Se sucedieron una serie de protestas y movilizaciones por parte del colectivo profesional de los ATS con el fin de evitar la condición de formación profesional para la profesión enfermera; en febrero del año 1976 se creó una Comisión interministerial con el fin de estudiar la reforma de los planes de estudio que había en las escuelas de ATS.

- **1977-1987**

Definitivamente en el año 1977, las escuelas de ATS pasaron a considerarse escuelas universitarias de enfermería y se estableció la figura del diplomado universitario de enfermería (DUE) (38). Se contemplaba una duración de tres años de formación para la diplomatura, además distribuía los contenidos en ciencias básicas, ciencias de la enfermería, ciencias de la conducta y salud pública. Con un máximo de 4.600 horas lectivas y un mínimo del 50% de actividades de carácter práctico (39). A partir de 1980 se da la posibilidad, durante varios años, de homologar el título de ATS con el de DUE (40).

Del 6 al 12 de septiembre de 1978 tuvo lugar la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud de Alma-Ata, siendo el evento en materia de salud más importante de la década de los setenta a nivel internacional. Fue una conferencia organizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). En ella subrayaban la importancia de la atención primaria de salud como estrategia para alcanzar un buen nivel de salud en la población (41).

Por otro lado, desde 1985 se imparte el primer Máster en Salud Pública en España por la Escuela Andaluza de Salud Pública, al que se podía acceder con el título de DUE.

En el año 1986 se regulan todas las acciones que permitan desarrollar el derecho a la protección de la salud reconocido en el artículo 43 de la Constitución Española. Esta Ley regula el Sistema de Salud, las competencias de las Administraciones Públicas, la estructura del Sistema Sanitario Público, las actividades sanitarias privadas, los productos farmacéuticos y la docencia y la investigación, entre otros temas (42).

- **1987-2013**

En 1987 se contempla la creación de una especialidad de Enfermería en Salud Comunitaria, como ya lo eran entonces las especialidades de Salud Mental y Matrona (43). En 1998 se constituye la *Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria* cuyo fin era el de agrupar a las diferentes sociedades y asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria de las distintas Comunidades Autónomas. Esta Federación se pone en marcha y, trece años después de que se contemplara la creación de la especialidad, hace público un documento en el que pretende justificar la necesidad de desarrollarla (44).

De forma paralela, en el año 2002 culminó un proceso, de quince años de duración, que consistía en la descentralización del Sistema Nacional de Salud. A partir de ese momento todas las Comunidades Autónomas disponen de competencias sanitarias establecidas (45).

La modificación de los planes de estudios en 2005 establece la estructura de las enseñanzas universitarias y se regula los estudios universitarios oficiales de Grado. De esta manera se cambia el título de DUE por la denominación de Enfermero. Pasando la formación a una duración de cuatro años y no tres como venía siendo hasta este momento. La primera promoción de Enfermeros graduados en nuestro país finalizó su formación en el año 2013 (46).

En cuanto a la formación sanitaria especializada, en el año 2005 se publicó el programa formativo de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria, cuyo ámbito laboral será la Atención Primaria de Salud (47). En ese mismo año se publica el programa formativo de la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública cuyo desarrollo profesional se desarrollará en los campos de la epidemiología, la administración sanitaria, la medicina preventiva, la salud ambiental y laboral y la promoción de la salud (48).

A pesar de todos los esfuerzos, no es hasta 2010 cuando se aprueba el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria y un año después, mayo de 2011, cuando comienza el desarrollo de la formación. Esta especialidad enfermera abarca, entre otros, la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, epidemiología y administración sanitaria tanto en el ámbito individual como comunitario de la Atención Primaria de Salud. Lo que Rathbone ya proponía hace unos 150 años aproximadamente, no ha visto la luz hasta Junio de 2013, cuando recibieron la titulación de especialistas EFyC la primera promoción en España.

Este trabajo muestra la importancia de la figura de la enfermera a lo largo de la historia, figura que ha estado presente siguiendo muy de cerca la propia evolución de la Salud Pública. La creación de una especialidad de enfermería que incluya las competencias a adquirir y desarrollar en materia de Salud Pública es, tras 150 años, fruto del esfuerzo de muchos profesionales que, durante todo este tiempo, han considerado a esta profesión como importante en cuanto a la Salud Pública se refiere.

Cabe destacar la importancia de este momento histórico para la enfermería que se está viviendo en estos últimos años, el hecho de especializar a los profesionales por áreas parece fundamental en una profesión en la que, históricamente, han tenido cabida un sinnúmero de prácticas y habilidades.

Conclusiones

Es evidente que, a lo largo de la historia, nuestro país ha sufrido un retraso en la evolución de la Enfermería frente al desarrollo que se ha llevado a cabo en el ámbito internacional. Desde el inicio del trabajo se hace evidente el desfase temporal de casi un siglo en la manera de pensar y las prioridades de la población y de los profesionales. Por ello consideramos que es innegable el retardo formativo y evolutivo de la propia profesión.

Por otro lado, y de manera incomprensible, desde la aparición de la Ley General de Sanidad, donde aparece descrita la Atención Primaria de la Salud, el desarrollo de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria ha sido muy diferente, en lo que a la temporalidad se refiere, al de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. Es incongruente no formar simultáneamente o dotar a lo que se ha definido como Equipos de Atención Primaria de la Salud de unos componentes con un nivel de especialización adecuado al entorno.

Históricamente, el desarrollo de la Enfermería Familiar y Comunitaria y la Salud Pública han estado unidos al desarrollo de la Atención Primaria de Salud. Pensamos que la aplicación y el avance en estas dos áreas competenciales se desarrollan en un mismo ámbito de trabajo.

Hemos analizado, además, que el modelo de Salud Pública médico es muy diferente del modelo de Salud Pública enfermero. El primero, se centra más en una medicina preventiva, y la formación en esas competencias se adquieren en su globalidad formándose en Medicina Preventiva y Salud Pública: Por contra, la formación en Salud Pública en enfermería se desarrolla con profundidad en la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria.

Pensamos que es fundamental para la población y la propia evolución de la profesión dar salida y continuidad al desarrollo de la Enfermería en el ámbito de la Comunidad y la Salud Pública. El esfuerzo, trabajo y tiempo que ha supuesto para todas estas Enfermeras a lo largo de todos estos años representa una lucha profesional para que la Enfermería se encuentre en el lugar actual.

Bibliografía

1. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, art. 4.
2. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias AATRM 2006/14 Informes, Estudios e Investigación 2007. Ministerio de Sanidad y Consumo.
3. Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería.
4. Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria.
5. Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Obstétrico-Ginecológica (Matrona).
6. Orden SPI/1356/2011, de 11 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería de Salud Mental.
7. Orden SAS/3225/2009, de 13 de noviembre, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Geriátrica.
8. Orden SAS/1730/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Pediátrica.
9. Orden SAS/1348/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería del Trabajo.
10. Sánchez-Gómez MB. Análisis cualitativo de las competencias para la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria. Construyendo el camino hacia la enfermería clínica avanzada. ENE, Revista de Enfermería. 2012; 6 (2): 39-70. ISSN 1988-348X. Disponible en: <<http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/18>>.
11. Pérez-Vico Díaz de Rada L, Sánchez Gómez MB, Duarte Clíments G, Brito Brito PR, Rufino Delgado T. Competencias enfermeras de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria: una revisión sistemática. ENE, Revista de Enfermería. 2013; 7(2). ISSN 1988-348X.
12. Real Academia Española. 2001. Diccionario de la lengua española (22.ªed.). Consultado en <http://www.rae.es/rae.html>
13. Icart Isern MT, Canela Soler J. El artículo de revisión. Enferm Clin. 1994; 4(4): 180-184.
14. Informe de la Comisión Sanitaria de. Massachusetts (Shattuck, 1850).
15. Ley de Bases de 9 de septiembre de 1857 por la que se aprueba la Instrucción Pública.
16. Real Orden de 4 de julio de 1861. Determinando los estudios prácticos que han de exigirse a los aspirantes al título de practicantes
17. Real decreto de 4 de junio de 1875, creación de la carrera de cirujano dentista.
18. Real Orden de 6 de octubre de 1877 inhabilitación de los practicantes para el ejercicio de la dentistería en el futuro.
19. Real Decreto, 16 de noviembre de 1888. Reglamento para las carreras de Practicantes y Matronas.
20. Real Decreto de 26 de abril de 1901, modificando la enseñanza de los cursos de Practicantes en el sentido de ampliar las prescripciones del Real Decreto de 16 de noviembre de 1888, a fin de obtener de estos estudios.

21. Real Decreto de 28 de febrero de 1917, por el que se aprueban las instrucciones generales para la organización y constitución del Cuerpo de Damas enfermeras de la Asociación de Cruz Roja Española, y el programa anexo para la enseñanza de dichas Damas enfermeras.
22. Orden de 16 de mayo de 1932, por la que se establece el Diploma de Practicante y Enfermero Psiquiátrico.
23. Decreto de 14 de junio de 1935, por el que se establece el Reglamento de Odontólogos, Practicantes y Matronas de la Asistencia Pública Domiciliaria (A.P.D.).
24. Real Decreto de 31 de diciembre de 1931, por el que se crea la Sección de Higiene Infantil.
25. Orden de 23 de mayo de 1923, por la que se crea la Escuela Nacional de Puericultura.
26. Real Decreto Ley de 9 de diciembre de 1924, por el que se crea la Escuela Nacional de Sanidad.
27. Orden de 7 de abril de 1932, disponiendo se provean varias plazas de Enfermeras Visitadoras de Dispensarios Antituberculosos.
28. Orden ministerial de 16 de junio de 1947, por la que se aprueba el Reglamento de las Escuelas de Puericultura.
29. Ley de bases de 25 de noviembre de 1944 de organización de la sanidad.
30. Ley de 29 de julio de 1943 Sobre ordenación de la Universidad española.
31. Ley de 3 de enero de 1942, por la que se crea el Cuerpo de Enfermeras de Falange Española Tradicional y de las J.O.N.S.
32. Orden de 19 de agosto de 1932, convocando concurso-oposición para proveer 21 plazas de Enfermeras Visitadoras.
33. Ley de 14 de diciembre de 1942, por la que se implanta el Seguro de Enfermedad y de Maternidad.
34. Orden de 16 de mayo de 1944, por la que se dictan normas para la provisión de plazas de Practicantes y Enfermeras del Seguro Obligatorio de Enfermedad.
35. Orden de 1 de diciembre de 1953, por la que se establecen las normas para el ingreso en las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios (A.T.S.), aprueba los Planes de Estudios de los Practicantes y unifica los estudios.
36. Orden de 4 de julio de 1955, por la que se aprueba el programa formativo de los Ayudantes Técnicos Sanitarios (A.T.S.).
37. Ley 14/1970, de 4 de agosto, General de Educación y Financiamiento de la Reforma Educativa. BOE-A-1970-852.
38. Real Decreto 2128/1977, de 23 de julio, relativo a la conversión de las Escuelas de Ayudantes Técnicos Sanitarios (A.T.S.) en Escuelas Universitarias de Enfermería y la homologación de los títulos a efectos nominativos, corporativos y profesionales.
39. Orden de 31 de octubre de 1977 por la. que se dictan directrices para la elaboración de Planes de estudios de las Escuelas Universitarias de Enfermería. Ministerio de Educación y Ciencia. BOE-A-1977-28232.

40. Real Decreto 111/1980, de 11 de enero, sobre homologación del título de ATS con el de Diplomado en Enfermería. Ministerio de Universidades e Investigación. BOE-A-1980-1660.
41. Organización Mundial de la salud. Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata: OMS; 1978.
42. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad.
43. Real Decreto 992/1987, de 3 de julio, por el que se regula la obtención del título de Enfermero especialista. Ministerio de relaciones con las Cortes y de la Secretaría del Gobierno. BOE-A-1987-17866.
44. Justificación de la necesidad de desarrollo de la Especialidad de Enfermería de Salud Comunitaria. Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria. Biblioteca Las casas, 2005; 1.
45. Real Decreto 2221/1978, de 25 de agosto, por el que se establece la confección del mapa Sanitario del territorio nacional.
46. Real Decreto 1393/2007, de 29 de octubre, por el que se establece la ordenación de las enseñanzas universitarias oficiales.
47. Orden SCO/1198/2005, de 3 de marzo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria.
48. Orden SCO/1980/2005, de 6 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Medicina Preventiva y Salud Pública.

Sustancias adictivas y embarazo: Cuidados de enfermería a la mujer embarazada y al recién nacido para minimizar sus efectos

Addictive substances and pregnancy: Nursing care for pregnant women and the newborn to minimize its effects

Xana Menéndez García, Nuria Álvarez García, M^a Julia García Rodríguez

EIR EFyC. Centro de Salud de Pola de Laviana. Área VIII

*Manuscrito recibido: 14-12-2017
Manuscrito aceptado: 29-01-2018*

Cómo citar este documento

Menéndez García X, Álvarez García N, García Rodríguez MJ. Sustancias adictivas y embarazo: Cuidados de enfermería a la mujer embarazada y al recién nacido para minimizar sus efectos. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). 2018 Mayo; 6 (2): 34-49.

Resumen

Introducción

El consumo de sustancias o drogas psicoactivas por parte de la mujer tiene efectos negativos para su salud, pero en caso de que esté embarazada se generarán problemas en el desarrollo del feto y dependencia en el recién nacido, pudiendo éste desarrollar el Síndrome de Abstinencia Neonatal.

Descripción

La adicción a las drogas por parte de las mujeres embarazadas tiene consecuencias en el desarrollo del feto y puede llegar a producir dependencia en el neonato, dando lugar al Síndrome de Abstinencia Neonatal, que se caracteriza por un conjunto de síntomas y signos de hiperexcitabilidad debido al cese del aporte de las sustancias adictivas. La enfermera de Atención Primaria tiene una función importante, no solo en la captación precoz de mujeres embarazadas consumidoras de sustancias adictivas, sino también en la prevención de ese consumo antes del embarazo, con el objetivo de que la mujer realice un cambio en sus conductas de riesgo.

Conclusiones

Las enfermeras debidamente formadas tienen una función importante en la detección precoz de mujeres embarazadas con adicción y en la valoración de los recién nacidos susceptibles de desarrollar Síndrome de Abstinencia Neonatal, así como en el cuidado de los que ya lo han desarrollado, para minimizar sus efectos y ayudar a su bienestar.

Palabras clave

Recién Nacido, Embarazo, Síndrome de Abstinencia Neonatal, Enfermería Neonatal, Atención Primaria de Salud.

Abstract

Introduction

The consumption of psychoactive substances or drugs by women has negative effects on their health. However, in case of pregnancy, problems will arise in the development of the fetus and dependence on the newborn, which may develop the Neonatal Abstinence Syndrome.

Description

Addiction to drugs during pregnancy has consequences in the development of the fetus and can cause dependence on the neonate, resulting in the Neonatal Abstinence Syndrome, which is characterized by a set of symptoms and signs of hyperexcitability due to cessation of addictive substances. The nurse has an important role, not only in the early recruitment of pregnancy women who are consuming addictive substances, but also in the care of the newborn with neonatal abstinence.

Conclusions

Well-trained nurses play an important role in early detection of pregnant women with addiction and in the assessment of susceptible newborns to develop Neonatal Abstinence Syndrome, as well as in the care of those who have already developed it, to minimize the effects and to help to improve the newborns' well-being.

Keywords

Newborn, Pregnancy, Neonatal Abstinence Syndrome, Neonatal Nursing, Primary Health Care.

Introducción

La Real Academia de la Lengua (RAE) recoge que una droga es “*una sustancia o preparado medicamentoso de efecto estimulante, deprimente, narcótico o alucinógeno*” (1). Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), una sustancia o droga psicoactiva es aquella sustancia que cuando se consume afecta a los procesos mentales (2).

Según el efecto que tengan las drogas sobre el Sistema Nervioso Central (SNC), existen tres grandes grupos para su clasificación: depresoras, estimulantes y perturbadoras. Las drogas depresoras disminuyen o enlentecen las funciones del SNC, las estimulantes aceleran el normal funcionamiento del SNC y, por último, las perturbadoras alteran el funcionamiento del cerebro (3).

El consumo de este tipo de sustancias puede generar una dependencia, definida por el DSM V como un consumo compulsivo, además de una pérdida del control de su uso. Todo ello conlleva a unas consecuencias a nivel físico, psicológico y social (4-5).

El Informe 2015 del Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías recoge que las drogas legales más consumidas en el año 2013, en los últimos doce meses son, el alcohol (78%), el tabaco (41%) y los hipnosedantes (12%). En el caso de las drogas ilegales, las más consumidas son el cannabis (9%) y la cocaína (2%) (6).

El consumo de todas ellas supone riesgos de problemas de salud o conducta y en algunos casos pueden llegar a ser adictivas (7,8).

En España, el 81,3% de las mujeres de entre 15 y 34 años ha consumido bebidas alcohólicas en el último año. El consumo de tabaco supone otro gran problema, ya que el 45,3% de las mujeres de entre 25 y 34 años fuma diariamente. Entre las drogas ilegales, el cannabis y la cocaína son las drogas más consumidas entre las mujeres (9).

En cuanto al riesgo de consumo de drogas, las mujeres tienen más riesgo de ser adictas a estas sustancias en un menor marco de tiempo, aunque consuman una menor cantidad (10). Además, el abuso de algunas de estas sustancias supone un mayor riesgo de relaciones sexuales sin protección y, como consecuencia, riesgo de embarazos no deseados (11,12).

Los datos de mujeres embarazadas que consumen drogas ilegales pueden variar debido a que no siempre declaran el consumo o dicen la verdad sobre la dosis consumida (13-15).

El consumo de sustancias adictivas por parte de la gestante tiene una gran repercusión tanto para la salud de la mujer como para el correcto desarrollo del embarazo, pudiendo llegar a producirse malformaciones congénitas y/o retraso en el crecimiento del feto. Además, el neonato puede desarrollar el Síndrome de Abstinencia Neonatal (SAN) en las primeras horas de vida (16).

El SAN consiste en un conjunto de síntomas que experimenta el RN, y que puede afectar a su sistema nervioso, gastrointestinal y respiratorio (17). Fue descrito por primera vez por Finnegan, en el año 1975 (18). Por ello es fundamental identificar a la gestante consumidora de algún tipo de sustancia adictiva, así como determinar lo antes posible qué droga o drogas, con el objetivo de disminuir los riesgos y efectos secundarios que pueda estar ocasionando tanto a la madre como a su futuro hijo (19). Sin embargo, el miedo a ser juzgada, la culpa, el remordimiento y la vergüenza pueden hacer que la mujer no revele su consumo, retrasando o evitando la consulta prenatal (14,15). En caso de acudir a la consulta de control del embarazo, puede que la mujer niegue el consumo, o que afirme consumir cantidades menores a las que en realidad consume (20).

Objetivos

Objetivo general:

- Conocer los cuidados de enfermería en mujeres consumidoras de sustancias adictivas durante el embarazo así como la atención al RN para minimizar los efectos secundarios de dichas sustancias.

Objetivos específicos:

- Enumerar las sustancias adictivas más frecuentes e identificar el perfil más habitual de las mujeres que las consumen.
- Conocer la prevalencia del consumo de sustancias adictivas en gestantes y de los RN afectados por el SAN.
- Describir las consecuencias de los efectos nocivos de las sustancias adictivas sobre la gestante y el RN, y detallar las necesidades requeridas por ambos.
- Describir el papel de la enfermera en el cuidado de la gestante y del RN para minimizar los efectos nocivos de las sustancias adictivas.

Método

Se ha llevado a cabo una revisión bibliográfica desde Diciembre de 2015 a Febrero de 2016 en diversas bases de datos (**Tabla 1**), utilizando DeCS, MeSH y lenguaje libre.

Tabla 1. Palabras Clave

DeCS	MeSH	Lenguaje Libre
<ul style="list-style-type: none"> • Etanol. • Atención Primaria de Salud. • Recién Nacido. • Síndrome de abstinencia neonatal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Neonatal Abstinence Syndrome. • Nurses. • Fetal Alcohol Spectrum Disorders. • Prevalence. • Pregnancy. • Street drugs. • Infant, New born. • Substance Withdrawal Syndrome. • Neonatal Nursing. 	<ul style="list-style-type: none"> • Drogas. • Síndrome de abstinencia. • Alcohol. • Embarazo. • Enfermera neonatal.

Fuente: Elaboración propia

La búsqueda de documentos se ha llevado a cabo en diversas fuentes de datos:

- Primarias, como revistas biomédicas, priorizando las de enfermería.
- Secundarias, recurriendo a bases de datos nacionales e internacionales en el ámbito de ciencias de la salud. (Cuiden, PubMed, Cinahl, Lilacs y La biblioteca Cochrane.)
- Páginas Web de organismos oficiales nacionales e internacionales: OMS, Ministerio de Sanidad, Asociación Española de Pediatría (AEP).

Como **criterios de inclusión** de los artículos científicos recuperados, se ha tenido en cuenta:

- Enfoque enfermero.
- Artículos publicados en los últimos 5 años o hace más de 5 años pero que continúen siendo la versión más actualizada.
- Artículos que se adapten a los objetivos planteados en el trabajo.
- Artículos en inglés y/o en español.

Criterios de exclusión

- Artículos que enfoquen el tema a estudio en países en desarrollo.

De los documentos seleccionados se ha realizado una lectura minuciosa y crítica con el fin de determinar la calidad de la información del estudio y su relación con los objetivos planteados.

Desarrollo

1. Sustancias adictivas: definición y tipos.

Existen una serie de términos relacionados con el tema de este trabajo y que la RAE define como (1):

- **Droga:** Sustancia o preparado medicamentoso de efecto estimulante, deprimente, narcótico o alucinógeno.
- **Psicoactivo:** Sustancia que actúa sobre el sistema nervioso, alterando las funciones psíquicas.
- **Adictiva:** Dicho especialmente de una droga, sustancia que empleada de forma repetida genera una necesidad y hábito.

A lo largo del desarrollo de este trabajo, se utilizarán de forma indistinta los términos droga, sustancia psicoactiva y sustancia adictiva.

Las sustancias psicoactivas alteran las funciones del SNC y se pueden clasificar en tres grupos, según el tipo de acción (3):

- **Drogas depresoras**, que disminuyen o enlentecen las funciones del SNC. En este grupo están incluidos el alcohol, los derivados del opio, ansiolíticos, hipnóticos y los relajantes musculares.
- **Drogas estimulantes**, que actúan acelerando el funcionamiento del SNC. Se incluyen las anfetaminas, la cocaína, la nicotina y la cafeína.
- **Drogas perturbadoras**, que actúan alterando el funcionamiento del SNC. Están incluidos en este grupo los alucinógenos, los derivados del cannabis, drogas sintéticas y drogas que se inhalan.

En España, según el Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías, el alcohol es la sustancia psicoactiva más consumida entre las mujeres, con un consumo de entre el 55,2% y el 60,8% en función de la franja de edad. El tabaco es la segunda sustancia adictiva más consumida tras el alcohol, con un consumo de entre el 25,6% y el 28,9%. El cannabis es la sustancia ilegal más consumida en España, variando su consumo entre un 2,6% y un 9,1%, según la edad de las mujeres consumidoras (6).

En el caso de que estas sustancias sean consumidas mientras la mujer está embarazada, no solo se producirá dependencia y adicción en la gestante, también el feto y el futuro RN sufrirán sus consecuencias, pudiendo durante su desarrollo sufrir malformaciones y llegar una vez que nace a desarrollar SAN. Este efecto tiene lugar al atravesar las drogas la barrera placentaria pasando, por tanto, de la madre al feto (8).

En España no se han encontrado datos que muestren el estado actual del consumo de drogas entre las gestantes.

Como son muchas las sustancias adictivas, y muy variados sus efectos, a continuación se hará referencia a las principales sustancias consumidas mencionando los daños que dichas sustancias provocan, tanto en el desarrollo del embarazo como en el feto.

1.1. Cannabis

En España, según recoge el último informe del Observatorio Español de Drogas de 2015, el mayor consumo de cannabis entre las mujeres se produce en la franja de edad de 15-24 años (14'4%) y desciende hasta el 2,1% entre los 35-44 años (6). En Asturias, el cannabis es la droga ilegal más consumida. Entre las mujeres, el 2,6% ha consumido estas sustancias en los últimos doce meses (21).

No todos los estudios sobre los efectos del cannabis en la gestante, el feto y el RN tienen los mismos resultados. Algunos estudios afirman que existe el riesgo de crecimiento intrauterino retardado (CIR), bajo peso al nacer o déficits durante la infancia. Sin embargo, otros estudios no han encontrado relación entre el consumo de esta sustancias y problemas a esos niveles, ni riesgo de malformaciones en el feto (4, 12, 15).

Durante el periodo neonatal, se ha observado un aumento del temblor (18), respuestas motoras exageradas, disminución de la respuesta visual, además de, en algunos casos, síndrome de abstinencia leve (4, 11). En la etapa escolar se ha descrito una mayor hiperactividad, dificultad para resolver problemas o para mantener la atención (4, 11, 12), pese a que en la etapa preescolar, no hay evidencias de alteraciones del comportamiento o del crecimiento (11, 12).

1.2. Tabaco

El tabaco también supone un grave riesgo para la salud de la madre, del feto y del RN. Además, los efectos secundarios derivados de su consumo son una de las causas prevenibles y más comunes de mortalidad y morbilidad infantil (15).

En España no hay datos sobre el consumo de tabaco entre las gestantes. La prevalencia del consumo de esta sustancia entre las mujeres en los últimos 30 días (en relación a la fecha de realización de la encuesta) varía desde el 25,6% hasta el 30,3% según la franja de edad (6). En Asturias, el porcentaje de mujeres consumidoras varía según si el consumo ha sido en los últimos 12 meses (40,3%) o en los últimos 30 días (37,9%) (21).

La mujer fumadora tiene mayor riesgo de sufrir un embarazo ectópico, ruptura prematura de membranas, desprendimiento prematuro de placenta o parto de un feto muerto por aborto espontáneo (4, 15). El número de cigarrillos fumados por la gestante (18) tiene una gran influencia en el riesgo de que el RN tenga bajo peso al nacer (4, 11, 12). Otros riesgos para el feto y el RN incluyen CIR (18), parto prematuro, defectos al nacimiento como labio leporino o paladar hendido (15, 18) y Síndrome de Muerte Súbita del Lactante (4, 15).

Esta sustancia tiene un efecto dañino en el desarrollo cerebral (18), además el nacimiento prematuro del RN puede ser un factor de riesgo para que se produzca parálisis cerebral, problemas de aprendizaje e incluso la muerte (15).

1.3. Opioides y opiáceos

Los opioides son sustancias con un bajo peso molecular, solubles al agua, con afinidad por los lípidos, y capaces de cruzar la placenta y la barrera hematoencefálica (13, 22, 23).

Las complicaciones derivadas de su consumo durante el embarazo incluyen parto pretérmino, ruptura prematura de las membranas, CIR, corioamnionitis (inflamación de las membranas de la placenta) o muerte perinatal (24).

La heroína cruza rápidamente la placenta y en 1 hora ya está acumulada en el líquido amniótico. El útero no tiene la capacidad de metabolizar estas sustancias y por ese motivo hay un alto riesgo de que el neonato presente y/o desarrolle SAN. El consumo de heroína se relaciona con el abuso de otras drogas, además de existir un mayor riesgo de contraer infecciones por parte de la mujer (24).

El primer caso de Síndrome de Abstinencia a opioides fue descrito por primera vez por Finnegan et al en 1975, y se caracteriza por una serie de síntomas y signos en el RN debido al cese de la sustancia de abuso tras el parto (18).

1.4. Alcohol

Aunque se conocen los efectos negativos y dañinos que tiene el alcohol durante el embarazo, esta droga continúa siendo habitualmente consumida por un número considerable de mujeres embarazadas (25).

En España, el consumo de alcohol entre las mujeres fértiles varía dependiendo de si se tiene en cuenta los últimos doce meses o si el consumo es en el último mes. En el primer caso los datos varían entre un 73,5% y un 79,4%; y en el segundo caso oscilan entre un 55,2% y un 60,8% (6). En Asturias, el consumo de alcohol entre las mujeres de 15-64 años fue del 67% en los últimos 30 días (21, 26).

Entre estas mujeres la probabilidad de que su embarazo sea no deseado es mayor, ya que el consumo de esta droga se relaciona con conductas sexuales de riesgo, como mantener relaciones sexuales sin protección (27).

Cuando el alcohol es consumido por una gestante, hay que tener presente que atraviesa fácilmente la barrera placentaria (20, 27, 28), generando un riesgo para el feto durante todo el embarazo. Las consecuencias varían según la edad gestacional, produciéndose malformaciones durante el periodo embrionario, y CIR y defectos neurológicos durante el periodo fetal (20). Además, el alcohol tiene un efecto tóxico sobre la placenta (18, 27), por lo que es habitual que se produzcan complicaciones obstétricas en la gestante, como aborto espontáneo y metrorragias (27).

El término Trastorno del Espectro Alcohólico Fetal (Siglas en inglés FASD) se usa para describir el amplio número de efectos que se pueden ver en los RN expuesto a alcohol en su vida intrauterina. Estos efectos pueden incluir problemas físicos, de conducta y de aprendizaje. Con frecuencia, cuando una persona presenta este trastorno, sufre varios de estos problemas a la vez (15, 25, 28, 29).

No se sabe qué cantidad de alcohol se puede consumir durante el embarazo sin que existan riesgos para la madre, el feto y el RN. Por ello, lo que se recomienda es no consumir esta sustancia durante la gestación (15, 20, 27, 28). En el caso de que la mujer embarazada lo consuma durante su gestación, es importante llevar a cabo un diagnóstico precoz del problema (15).

Debido a que el alcohol puede generar un amplio número de consecuencias diferentes, es necesario que la enfermera conozca los signos y síntomas asociados a esta droga ya que también será un buen apoyo para los padres (25).

1.5. Cocaína

En España, el consumo de cocaína en polvo y/o base varía según el sexo y los grupos de edad. Entre las mujeres de 15-24 años, el consumo de esta sustancia es del 2,2%, mientras que entre los 15 y los 44 años, el consumo desciende a un 1,2% (9).

En Asturias, el consumo de esta sustancia también varía según la edad. En los últimos doce meses, entre los 15-24 años el consumo fue de un 2,2%, entre los 25-34 años de un 2,8% y entre los 35-44 años el porcentaje descendió hasta un 0,5% (21).

Problemas que pueden derivarse del consumo de esta sustancia:

- Desprendimiento de placenta (4, 12, 15, 30), normalmente normo-inserta (30).
- Ruptura prematura de membranas (4, 12, 15).
- Nacimiento prematuro (4, 12, 15, 30).
- Muerte fetal (12).
- Crecimiento Intrauterino Retardado (CIR) (4, 12, 15, 30).
- Bajo peso al nacer y perímetro craneal pequeño (4, 12, 15).
- Migrañas y convulsiones en la gestante (12, 15).

También existe el riesgo de que el feto tenga anomalías craneofaciales, deformidades en las extremidades (12) o anomalías en el tracto urinario (4, 12).

2. Diagnóstico precoz del consumo de sustancias adictivas por la mujer gestante

Es importante captar a las gestantes consumidoras de sustancias adictivas para poder detectar, lo antes posible, la exposición fetal a drogas, para ello existen dos métodos: **La entrevista y las muestras biológicas** (18).

La entrevista que el profesional de salud realiza a la gestante tiene una gran importancia por la información que puede obtenerse a través de ella siendo el único método a través del cual se puede saber el tiempo de exposición a una sustancia y la cantidad consumida (18, 20).

Es necesario llevar a cabo un diagnóstico de sospecha en mujeres que puedan estar consumiendo drogas durante su gestación (11), pero aún más importante es prevenir este consumo desde antes del embarazo. El objetivo ideal sería que la mujer realizase un cambio en sus conductas de riesgo, no consumiendo sustancias perjudiciales para ella y para el futuro RN. De esa manera, disminuirán los riesgos obstétricos, además de disminuir la incidencia del SAN. Para ello, es necesario que la comunidad tenga estrategias que ayuden a concienciar a las mujeres en edad reproductivas del impacto tan grave que genera el consumo de drogas durante el embarazo (16).

En la consulta, todas las mujeres, sin tener en cuenta su estatus socioeconómico, deben de responder a preguntas acerca del consumo de alcohol, tabaco u otras drogas (4). Para lograr que la mujer revele la verdad acerca del posible consumo, es importante establecer un clima de confianza y confidencialidad, se deben de realizar preguntas abiertas, pero lo más importante es no juzgar nunca a la mujer (4), ya que hay que tener en cuenta que muchas de estas mujeres quieren hacer las cosas de forma correcta, pero la adicción que sufren es tan fuerte que no pueden tomar medidas para paliar esa situación. Sufren al ver a sus hijos hospitalizados o al saber que sus hijos nacerán con problemas, pero la dependencia a las sustancias que consumen es mucho más fuerte y continúan con su consumo, pese a saber las consecuencias (10).

En la **Tabla 2** se refleja el perfil de la mujer consumidora de drogas durante el embarazo.

Tabla 2: Perfil de la mujer consumidora de drogas durante el embarazo

- Mujeres sin controles obstétricos.
- Mujeres con signos de adicción (huellas de pinchazos...).
- Mujeres que desean abandonar el hospital de forma inmediata tras el parto.
- Mujeres polimedicadas o que reclamen medicación de forma frecuente y en grandes dosis.
- Mujeres con consumo conocido de alguna droga (En el pasado o actualmente).
- Historial de enfermedades psicológicas o físicas.
- Historial de abuso físico o sexual.
- Mujeres jóvenes.
- Mujeres presionadas por su entorno.
- Mujeres con fácil acceso a este tipo de sustancias y/o bajo nivel de estudios, por lo que pueden desconocer las consecuencias del consumo en el feto y el recién nacido.
- Factores demográficos como raza, estado civil, ingresos, uso diario de alcohol.
- Parto repentino, episodios de hipertensión, desprendimiento de placenta, cambios severos de humor, accidentes cerebrovasculares, infarto de miocardio.
- Abortos espontáneos repetidos o muerte fetal intrauterina previa inexplicable.

Fuente: Elaboración propia (10, 11, 13, 15, 19)

Las gestantes consumidoras ponen en peligro su salud y la de su hijo al retrasar o evitar acudir a la consulta. La causa son los sentimientos de miedo, culpa, vergüenza y remordimiento, o para evitar sufrir consecuencias legales o sociales (14, 15).

Para conseguir una relación de confianza con la mujer, es fundamental usar una comunicación adecuada, no juzgarla y ofrecerle la ayuda que necesite o que demande. Además, es más probable que las mujeres se comprometan mejor con los cuidados prenatales si los profesionales son receptivos a sus dudas y problemas, no la juzgan y reconocen su valentía y persistencia para enfrentarse a esa situación tan difícil que está viviendo (4, 18).

Una vez que se ha confirmado el consumo de drogas en el embarazo, el objetivo principal es conseguir una disminución del daño. Para ello, se aconsejará a la mujer una reducción o abstinencia del consumo, tratamiento de los síntomas de la abstinencia, asesoramiento por otros profesionales y farmacoterapia (4).

Debido a que no se realizan exámenes biológicos de forma rutinaria, y muchas mujeres no revelan el consumo de drogas, es difícil de cuantificar con exactitud el número de gestantes que consumen este tipo de sustancias (10, 20). La realización de una historia clínica toxicológica completa de la madre, junto con la realización de pruebas con biomarcadores ayudará al diagnóstico de consumo de drogas por parte de la gestante (30).

"Una vez que se ha confirmado el consumo de drogas en el embarazo, el objetivo principal es conseguir una disminución del daño. Para ello, se aconsejará a la mujer una reducción o abstinencia del consumo, tratamiento de los síntomas de la abstinencia, asesoramiento por otros profesionales y farmacoterapia"

Los tres exámenes biológicos más comunes son la orina, el meconio y el pelo (18). El más usado es el análisis de la orina, tanto para la madre como para el RN. Sin embargo, tiene como inconveniente que solo refleja el consumo reciente de drogas (16, 18). La primera orina del RN es la más óptima para su detección. También hay que tener en cuenta que un negativo en esta prueba no significa que no haya habido exposición a este tipo de sustancias, sólo indica que no ha habido exposición reciente (16).

El análisis o el examen del meconio refleja la exposición a drogas durante el segundo y tercer trimestre, ya que es cuando se forma (4, 16, 18).

En cuanto al examen del pelo decir que las muestras son sencillas de recoger y reflejan, durante un periodo largo de tiempo (30) el consumo de drogas, ya que se quedan atrapadas en él. Sin embargo, su uso es controvertido, ya que hay factores que pueden alterar la muestra, como la contaminación ambiental, el color y textura natural del pelo, el uso de productos cosméticos para el pelo, así como la cantidad de muestra necesaria (18).

También existen otros tipos de muestras biológicas, pero que no son tan usadas, como la sangre y el tejido del cordón umbilical, la leche humana y el líquido amniótico (18).

3. Síndrome de abstinencia neonatal: descripción y cuidados de enfermería

El SAN se caracteriza por un conjunto de síntomas y signos de hiperexcitabilidad del sistema nervioso, vegetativo, digestivo y respiratorio, debido a la retirada de las drogas que causan la adicción (7, 16, 17, 21, 24, 31). Fue descrito por primera vez en 1975 por Finnegan et al (18) y, aunque lo relacionaba con el consumo de opiáceos (El SAN se desarrolla en el 55%-94% de los neonatos nacidos de madres consumidoras de esa sustancia) (19), también puede ser producido por otras sustancias, como el alcohol, las benzodiazepinas, la cocaína, etc. (30).

El inicio y la duración del SAN varían según el tipo de droga, cantidad consumida y momento del consumo en relación con la fecha del parto (7, 14, 22, 32). La Asociación Española de Pediatría dice que aparece en el 70% de los hijos de madres consumidoras.

El SAN manifiesta síntomas a nivel del SNC y gastrointestinal, además de a nivel del sistema nervioso autónomo y del sistema cardiorrespiratorio que, de forma esquemática, se recogen en la **Tabla 3**.

Tabla 3. Síndrome de Abstinencia Neonatal (SAN)

Sistema Nervioso Central	Irritabilidad, hiperacusia, hipertonía, hipotonía, hiperreflexia, aumento del reflejo de búsqueda, reflejo de Moro exagerado, temblores, insomnio, mioclonias, convulsiones, agitación.
Sistema Nervioso Autónomo	Febrícula, fiebre, bostezos, sudoración, erupciones cutáneas: moteado.
Sistema Cardiorrespiratorio	Congestión nasal, taquipnea/apnea, taquicardia, estornudos/bostezos, cianosis.
Sistema Gastrointestinal	Hipo, vómitos, diarreas, regurgitaciones, succión excesiva o ineficaz, voracidad, rechazo alimentario, distensión abdominal, pérdida de peso, poca ganancia de peso, deshidratación.
Otros	Diaforesis, llanto agudo, hipoglucemias.

Fuente: Elaboración propia (8, 11, 13, 17, 22, 24, 31, 32)

Cuando el SAN finaliza, cerca de un 40% de los RN que lo han sufrido pueden presentar irritabilidad, dificultad para dormir, alimentarse y tranquilizarse. Este problema posterior al SAN se denomina "*manifestaciones persistentes*" (30).

Las enfermeras tienen un papel muy importante a la hora de realizar la valoración y hacer el diagnóstico precoz, ya que están en contacto permanente con el RN desde su Nacimiento (8). Para ello es necesario que conozcan los síntomas y signos del SAN (8).

A través de los cuidados de enfermería, que deben de estar basados en las evidencias actuales, se pretende lograr el bienestar del RN, asegurando que gane un peso suficiente y comience a integrarse en el entorno que le rodea. Todo ello sin la necesidad de utilizar un tratamiento farmacológico⁸⁻¹³⁻¹⁴, ya que organismos como la Academia Americana de Pediatría recogen que el tratamiento no farmacológico debe de ser la primera opción en los casos de SAN leve, además esta terapia es la más indicada y la menos costosa y controvertida²¹.

Los cuidados centrados en el desarrollo o NIDCAP (Newborn Individualized Developmental Care and Assessment Program: Programa de Cuidados Individualizados y Evaluación del Desarrollo del Recién Nacido) tienen como objetivo favorecer el desarrollo neurosensorial y emocional del RN. Para ello, se busca reducir el estrés del RN y el reconocimiento de la familia como referente permanente en la vida del niño, ya que los cuidados no solo se deben de centrar en el neonato, siendo lo ideal y recomendable tratar y cuidar a la díada formada por la madre y su hijo. Sin embargo, no es tan sencillo, ya que a día de hoy sigue habiendo unidades neonatales que solo se centran en el cuidado del RN. Por ello, el conseguir ofrecer y llevar a cabo unos cuidados adecuados para ambos es uno de los objetivos a conseguir en todas las Unidades Neonatales y de Obstetricia en un futuro (31).

Conclusiones

1. El consumo de sustancias adictivas es un problema de salud pública, siendo más consumidas en la población española y en el último año, el alcohol y el tabaco, y entre las ilegales figura el cannabis.
2. Está suficientemente demostrado que las sustancias adictivas consumidas por la mujer en el embarazo tienen efectos teratogénicos y adversos en el crecimiento y desarrollo del feto. A pesar de ello, un porcentaje importante de las mujeres consumidoras continúa haciéndolo durante el embarazo, lo que implica el riesgo de que sus hijos desarrollen SAN.
3. Debido a las graves consecuencias que supone el consumo de sustancias psicoactivas durante el embarazo, es necesario llevar a cabo más programas de prevención de su consumo y de diagnóstico precoz del mismo.
4. El SAN es un problema con un gran impacto socioeconómico y que afecta a una parte de la población muy vulnerable, como lo es el RN. Se caracteriza por generarle una serie de síntomas y signos de hiperexcitabilidad del sistema nervioso, vegetativo, digestivo y respiratorio, debido a la retirada de la/s droga/s al independizarse de su madre, implicando una alteración del bienestar del RN, así como posibles secuelas en su desarrollo.
5. Los RN con SAN precisan de unos cuidados especiales para conseguir su bienestar y evitarle las posibles secuelas. Estos cuidados dependen en gran medida de la enfermera de neonatología, requiriendo ésta una formación específica que deberá apoyarse en las guías de práctica clínica y en cuidados basados en las evidencias científicas más actuales.
6. Los cuidados centrados en el desarrollo o NIDCAP incluyen medidas que favorecerían el bienestar del RN, por ello es importante que estos cuidados centrados en el desarrollo estén implantados en todas las unidades neonatales.

Este trabajo ha sido presentado como comunicación oral en el XI Congreso Nacional de Enfermería de la Infancia y XXII Jornadas Nacionales de Enfermería de la Infancia que ha tenido lugar en Alcalá de Henares durante los días 10,11 y 12 de Abril de 2017, organizado por la Asociación Española de Enfermería de la Infancia y la Universidad de Alcalá.

Este trabajo ha sido premiado en los Premios de Investigación del Área Sanitaria VI (2017) en la categoría de Revisión Bibliográfica y Casos Clínicos.

Bibliografía

1. Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Española (23ª ed) [Sede web]. Madrid: RAE; 2014 [Fecha de acceso: 6 de febrero de 2016]. Disponible en: <http://www.rae.es/>
2. Organización Mundial de la Salud. Glosario de términos de alcohol y drogas [Monografía en Internet] Madrid: Ministerio de Sanidad y consumo; 2008. [acceso 6 de febrero de 2016]. Disponible en:
http://www.who.int/substance_abuse/terminology/lexicon_alcohol_drugs_spanish.pdf
3. Dirección General de Tráfico. Las drogas y los medicamentos [Monografía en Internet]. Madrid: Ministerio del Interior; 2014 [acceso 6 de febrero de 2016]. Disponible en:
http://www.dgt.es/PEVI/documentos/catalogo_recursos/didacticos/did_adultas/drogas.pdf
4. Wong S, Ordean A, Kahan M, Maternal fetal medicine committee, Family physicians advisory committee, medico-legal committee, et al. Substance use in Pregnancy. J Obstet Gynaecol Can [Revista en Internet]. 2011; 33(4):367-384.[acceso 2 de febrero de 2016]. Disponible en:
[http://www.jogc.com/article/S1701-2163\(16\)34855-1/fulltext](http://www.jogc.com/article/S1701-2163(16)34855-1/fulltext)
5. American Psychiatric Association. DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 5ª ed. Madrid: Panamericana; 2014.[acceso 2 de febrero de 2016]. Disponible en:
<https://es.slideshare.net/Josefbg/dsm-5-manual-diagnostico-y-estadistico-de-los-trastornos-mentales>
6. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Sendino R, Álvarez E, Brime B, Llorens N et al. Informe 2015. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España [Monografía en Internet] Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2015. [acceso 6 de febrero de 2016]. Disponible en:
http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/INFORME_2015.pdf
7. Porcel Gálvez AM, Ortega Martínez SM, Barrientos Trigo S, Ferrinho Ferreira R, Martínez Lara C. Síndrome de abstinencia neonatal: Evolución en los últimos diez años. Enferm glob [Revista en Internet]. 2014 [acceso 15 de Diciembre de 2015]; 13(4): 337-352. Disponible en:
<http://revistas.um.es/eglobal/article/view/201631/165821>

8. Cuesta Miguel MJ, Espinosa Briones AB, Val Saurí C. Síndrome de abstinencia neonatal. Enferm Integral [Revista en Internet]. 2013; (103): 24-28. [acceso 20 de enero de 2016]. Disponible en:

<http://www.enfervalencia.org/ei/103/ENF-INTEG-103.pdf>

9. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Sendino R, Álvarez E, Brime B, Llorens N et al. Estadísticas 2015. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España [Monografía en Internet] Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2015. [acceso 6 de febrero de 2016]. Disponible en:

http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/ESTADISTICAS_2015.pdf

10. Maguire D. Mothers on methadone: Care in the NICU. Neonatal Netw [Revista en Internet]. 2013; 32(6): 409-415 [acceso 19 de enero de 2016]. Disponible en:

<http://www.ingentaconnect.com/contentone/springer/jnn/2013/00000032/00000006/art00006>

11. Uberos Fernández J. Hijo de madre adicta a drogas. Bol. SPAO [Revista en Internet]. 2010; 4(4): 190-198 [acceso 20 de enero de 2016]. Disponible en:

<https://documentslide.org/hijo-de-madre-adicta-a-drogas>

12. Holbrook BD, Rayburn WF. Teratogenic risk from exposure to illicit drugs. Obstet Gynecol Clin North Am [Revista en Internet]. 2014; 41(2): 229-239 [acceso 20 de enero de 2016]. Disponible en:

<http://www.obgyn.theclinics.com/article/S0889-8545%2814%2900015-1/fulltext>

13. Hudack ML, Tan RC, The committee on drugs, The committee on fetus and newborn. Neonatal drug withdrawal. Pediatrics [Revista en Internet]. 2012; 129(2): e540-e560 [acceso 17 de enero de 2016]. Disponible en:

<http://pediatrics.aappublications.org/content/129/2/e540>

14. Jensen CL. Improving outcomes for infants with NAS. Clin advis. 2014; 17(6): 85-92 [acceso 20 de enero de 2016]. Disponible en:

<http://www.clinicaladvisor.com/cmece-features/improving-outcomes-for-infants-with-nas/article/349884/>

15. Wendell AD. Overview and epidemiology of substance abuse in pregnancy. Clin Obstet Gynecol [Revista en Internet]. 2013; 56(1): 91-96. [acceso 15 de enero de 2016]. Disponible en:

http://journals.lww.com/clinicalobgyn/Abstract/2013/03000/Overview_and_Epidemiology_of_Substance_Abuse_in.15.aspx

16. Dow K, Ordean A, Murphy-Oikonen J, Pereira J, Koren G, Roukema H, et al. Neonatal Abstinence syndrome clinical practice guidelines for Ontario. J Popul Ther Clin Pharmacol [Revista en Internet]. 2012; 19(3): e488-e506. [acceso 14 de enero de 2016]. Disponible en:

<http://www.jptcp.com/abstract/neonatal-abstinence-syndrome-clinical-practice-guidelines-for-ontario-44011.html>

17. Sublett J. Neonatal Abstinence Syndrome: Therapeutic Interventions. MCN Am J Matern Child Nurs [Revista en Internet]. 2013; 38(2): 102-107 [acceso 10 de enero de 2016]. Disponible en:

http://www.nursingcenter.com/journalarticle?Article_ID=1511258&Journal_ID=54021&Issue_ID=1511064

18. Behnke M, Smith VC. Committee on substance abuse, Committee on fetus and newborn. Prenatal substance abuse: Short- and Long-term effects on the exposed fetus. Pediatrics [Revista en Internet]. 2013; 131(3): e1009-e1024. [acceso 15 de enero de 2016]. Disponible en:

<http://pediatrics.aappublications.org/content/131/3/e1009>

19. Casper T, Arbour M. Evidence-Based Nurse-Driven interventions for the care of newborns with neonatal abstinence syndrome. Adv Neonatal Care [Revista en Internet]. 2014; 14(6): 376-380. [acceso 15 de enero de 2016]. Disponible en:

https://www.researchgate.net/publication/264396317_Evidence-Based_Nurse-Driven_Interventions_for_the_Care_of_Newborns_With_Neonatal_Abstinence_Syndrome

20. Martínez Castillo A. Alcohol y embarazo: Intervención de enfermería en Atención Primaria. Enferm glob [Revista en Internet]. 2011 [acceso 15 de Diciembre de 2015]; 10(1). Disponible en: <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/115201/109151>

21. Observatorio sobre Drogas y Adicción a las Bebidas Alcohólicas del Principado de Asturias. Consumo de drogas en la población de 15 y 64 años de Asturias [Monografía en Internet]. Oviedo: Consejería de Sanidad del Principado de Asturias; 2015 [acceso 6 de Febrero de 2016]. Disponible en :

https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/AS_Drogas/Observatorio/Informe%20sobre%20Consumo%20de%20Drogas%20en%20la%20poblaci%C3%B3n%20de%2015%20a%2064%20E2%80%A6.pdf

22. Kocherlakota P. Neonatal abstinence syndrome. Pediatrics [Revista en Internet]. 2014; 134(2): 547-561. Fe de erratas en: Pediatrics [Revista en Internet]. 2014; 133(5): 937-938. [acceso 20 de enero de 2016]. Disponible en: <http://pediatrics.aappublications.org/content/134/2/e547>

23. Barthell JE, Mrozek JD. Neonatal drug withdrawal. Minn Med [Revista en Internet]. 2013; 96(3): 48-50. [acceso 25 de enero de 2016]. Disponible en:

http://pubs.royle.com/article/Neonatal_Drug_Withdrawal/1330907/148679/article.html

24. Lindsay MK, Burnett E. The use of narcotics and street drugs during pregnancy. Clin Obstet Gynecol [Revista en Internet]. 2013; 56(1): 133-141. [acceso 24 de enero de 2016]. Disponible

en: http://journals.lww.com/clinicalobgyn/Abstract/2013/03000/The_Use_of_Narcotics_and_Street_Drugs_During.20.aspx

25. Roszel EL. Central nervous system deficits in fetal alcohol Spectrum disorder. Nurse Pract [Revista en Internet]. 2015; 40(4): 24-33. [acceso 24 de enero de 2016]. Disponible en:

http://journals.lww.com/tnpj/Abstract/2015/04000/Central_nervous_system_deficits_in_fetal_alcohol.3.aspx

26. González Fernández A, Hevia Fernández JR, Bruno Bárcena J. Situación del consumo de drogas y bebidas alcohólicas en el Principado de Asturias 2014 [Monografía en Internet]. Oviedo: Consejería de Sanidad del Principado de Asturias; 2015 [acceso 6 de Febrero de 2016]. Disponible en :

https://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/AS_Salud%20Publica/AS_Drogas/Observatorio/SIT_DROGAS_TRIPAS_AF%20con%20cubs.pdf

27. Galé Ederra MI, Irache Ferrández AR, Ramillete Bandrés S. Alcohol y embarazo. Educación Sanitaria. 2011. Pulso [Revista en Internet]. 2011;(68): 37-41. [acceso 15 de enero de 2016]. Disponible en:https://issuu.com/colegioenfermerianavarra/docs/pulso_68

28. Pruet D, Waterman EH, Caughey AB. Fetal alcohol exposure: Consequences, diagnosis, and treatment. Obstet Gynecol Surv [Revista en Internet]. 2013; 68(1): 62-69. [acceso 27 de enero de 2016]. Disponible en:

http://journals.lww.com/obgynsurvey/Abstract/2013/01000/Fetal_Alcohol_Exposure_Consequences_Diagnosis,.24.aspx

29. Foltran F, Gregori D, Franchin L, Verduci E, Giovannini M. Effect of alcohol consumption in prenatal life, childhood, and adolescence on child development. Nutr Rev [Revista en Internet]. 2011;69(11): 642-659. [acceso 16 de enero de 2016]. Disponible en:

https://www.researchgate.net/publication/51747705_Effect_of_alcohol_consumption_in_prenatal_life_childhood_and_adolescence_on_child_development

30. Mur Sierra A, Lopez-Vilchez MA, Paya Panadés A. Abuso de tóxicos y gestación [Monografía en Internet]. Madrid: Asociación Española de Pediatría; 2008 [Acceso 15 de Diciembre de 2015]. Disponible en:
https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/17_1.pdf

31. Wiles JR, Isemann B, Ward LP, Vinks AA, Akinbi H. Current management of neonatal abstinence syndrome secondary to intrauterine opioid exposure. J Pediatr [Revista en Internet]. September 2014;165(3):440-446 [acceso 22 de enero de 2016]. Disponible en:

[http://www.jpeds.com/article/S0022-3476\(14\)00429-6/abstract](http://www.jpeds.com/article/S0022-3476(14)00429-6/abstract)

32. MacMullen NJ, Dulski LA, Blobaum P. Evidence-based interventions for neonatal Abstinence syndrome. Pediatr Nurs [Revista en Internet]. 2014;40(4): 165-203 [acceso 19 de enero de 2016]. Disponible en:

<https://www.pediatricnursing.net/ce/2016/article40051.pdf>

Salud Sexual y Reproductiva de la mujer en Situaciones de Catástrofe

Sexual and Reproductive Health in Disaster Situations

Belén Rodríguez Loredo, Mónica Cueto Pérez

Hospital Cruz Roja (Gijón)

Manuscrito recibido: 04-09-2017

Manuscrito aceptado: 02-11-2017

Cómo citar este documento

Rodríguez Loredo B, Cueto Pérez M. Salud Sexual y Reproductiva de la mujer en Situaciones de Catástrofe. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). 2018 Mayo; 6 (2): 50-65.

Resumen

Objetivo

Conocer las respuestas que se dan relacionadas con la salud sexual y reproductiva en los protocolos de actuación ante situaciones de emergencias y comprobar si se cubren las necesidades de las mujeres en contextos de desastres.

Metodología

Se ha realizado una revisión de la literatura bajo el modelo PRISMA, buscando en bases de datos electrónicas y en Organismos Internacionales. Además, se han completado con búsquedas libres de lenguaje no controlado.

Conclusión

Existen problemas para registrar las necesidades de las mujeres en este tipo de contexto poniendo en riesgo la anticoncepción, el aborto, los embarazos y la salud psicológica de las mujeres. En estos escenarios se acentúan las inequidades de género y aumentan la violencia física, psicológica y sexual hacia las mujeres. Los organismos internacionales no prestan la atención que merece a la violencia sexual que sufren las mujeres en este tipo de escenarios.

Palabras clave

Violencia sexual, salud sexual, salud reproductiva, mujer, planificación familiar, anticonceptivos, derechos de la mujer y desastres.

Abstract

Object

To know the answers that are given related to sexual and reproductive health in the protocols of action in emergency situations and to verify if the needs of women in the context of disasters are covered.

Methodology

A review has been performed under the PRISMA model. Searching in electronic databases and in International Organizations. In addition, they have been completed with free searches of uncontrolled language.

Conclusions

There are problems in recording the needs of women in this context, putting contraception, abortion, pregnancies and the psychological health of women at risk. These scenarios accentuate gender inequities and increase physical, psychological and sexual violence against women. International organizations do not pay the attention they deserve to the sexual violence suffered by women in such scenarios.

Keywords

Sexual violence, sexual health, reproductive health, women, family planning, contraceptives, women's rights and disasters.

Introducción

Las catástrofes suponen una situación límite que desencadenan daños y perturbaciones a toda la población que reside en la zona afectada. Cuando se produce una catástrofe en un contexto de vulnerabilidad puede provocar procesos de fuertes crisis tanto económicas como sociales. Estas consecuencias se pueden observar en diferentes planos: la hambruna, miseria, epidemias, éxodos y vulneración de los derechos humanos. La población afectada que tiene un mayor grado de vulnerabilidad queda a expensas de mayor riesgo que el resto. Así, factores relacionados con el género, el sexo, la edad e incluso la condición de discapacidad, determinan mayor exposición de esta población a tener menores oportunidades, mayor vulnerabilidad y falta de oportunidades en la toma de decisiones.

A partir de los años 70 la población se ha concienciado que muchos de los desastres naturales están vinculados al sistema social y están favorecidos por la acción humana. La frontera entre lo natural y lo humano es difusa. El aumento de la pobreza provoca un aumento de la vulnerabilidad. Ejemplo de esto se puede encontrar en regiones semiáridas de países en desarrollo, donde el sobrepastoreo y el aumento de las zonas de cultivo de tierras han reducido sustancialmente la cobertura vegetal. Esto ha facilitado la erosión y ha disminuido la absorción de agua, provocando el riesgo de sequía cuando hay escasez de lluvias o inundándose cuando éstas son abundantes (1).

Ante este incipiente aumento de catástrofes se hace imprescindible atender a los colectivos más vulnerables, planificando las respuestas según las necesidades y nivel de capacidad de los grupos que se encuentran en el contexto de emergencia: los niños y niñas, las mujeres, las personas mayores y los discapacitados y enfermos.

Cuando se produce una catástrofe se deterioran los tejidos sociales y se fragmentan las instituciones democráticas y la sociedad civil. Se eleva potencialmente la exposición a diferentes condiciones de explotación, fragilidad, desamparo, inequidad e injusticia social. En este escenario este tipo de condiciones se incrementan mucho más en las personas que ya tenían una mayor vulnerabilidad en el contexto social.

Los agentes sanitarios tienen un papel fundamental en las respuestas que deben ser puestas en marcha para conseguir no una atención específica de salud sino que además deben de velar por preservar la dignidad de las personas dentro del marco de los derechos humanos.

En los derechos humanos prima la calidad de vida y ésta está íntimamente relacionada con la sexualidad y la reproducción. Una buena salud sexual y reproductiva implica la capacidad de poder disfrutar de una vida sexual satisfactoria y que no conlleve riesgos. Además, ha de contar con el derecho a decidir con libertad sobre procreación y el número de hijos. Para esto es necesario que las personas cuenten con una información que les posibilite la toma de decisiones sin sufrir discriminación, coerción, ni violencia. Deben contar con un acceso a los métodos de anticoncepción seguros. Además, se deberá tomar medidas contra la violencia sexual que afecta a la integridad y a la salud.

Es importante conocer los diferentes estudios llevados a cabo sobre la situación de vulnerabilidad de la mujer en contextos de catástrofes y así comprobar si las necesidades de éstas están cubiertas en los diferentes programas de actuación que se han seguido en las distintas situaciones de catástrofes. Además, se debe revisar los diferentes protocolos de actuación existentes para valorar cual es la importancia que ocupa la salud sexual y reproductiva. Con esta revisión bibliográfica se atenderá a la actuación en situaciones de emergencias relacionadas con los derechos de la mujer y la planificación familiar, teniendo en cuenta los aspectos psicológicos y las diferentes medidas que se toman en relación a la contracepción y la anticoncepción.

Objetivo

El objetivo general de esta revisión es conocer las diferentes respuestas que se dan relacionadas con la salud sexual y reproductiva en los protocolos de actuación ante situaciones de emergencias y comprobar si se cubren las necesidades de las mujeres en contextos de desastres.

Material y métodos

Esta revisión bibliográfica se ha llevado a través de la metodología PRISMA, evaluando la calidad de los artículos mediante una lectura crítica. Los artículos, informes, guías y documentos consultados se han localizado a través de diferentes fuentes de bases de datos. Además, se han localizado distintos informes y guías en organismos internacionales como: La Organización Mundial de la Salud (OMS), la Organización de las Naciones Unidas (ONU) y Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y la de la Media Luna.

Los textos seleccionados han sido publicados entre 2000 y 2017. Para la inclusión de los documentos se ha tenido en cuenta aspectos relacionados principalmente con la temática de los mismos, es decir, documentos que abordaran la situación de vulnerabilidad de la mujer en zonas de catástrofes. En la elección se ha hecho hincapié en la salud sexual y reproductiva, los derechos de las mujeres y los aspectos éticos relacionados, la actuación de los organismos respecto a la planificación familiar relacionados con las medidas de anticoncepción y contracepción.

Para llevar a cabo la búsqueda se emplearon las bases de datos de PUBMED (**Tabla 1**), COCHRANE (**Tabla 2**) y CUIDEN (**Tabla 3**). La búsqueda se ha llevado a cabo en el mes de febrero de 2017. En el inicio de la búsqueda se localizaron los tesauros MESH y DECS (descriptores de ciencias de la salud) (2).

Tabla 1. Metodología de búsqueda de artículos: Base de Datos PUBMED

Base de datos	PUBMED	
Limitador	Date-Publication 2000-2017	
Descriptor utilizado	MESG utilizados: "Man-Made Disasters OR Natural Disasters AND sexual health woman"; "Man-Made Disasters OR Natural Disasters AND family planning"; "Man-Made Disasters OR Natural Disasters AND rights of woman"; Man-Made Disasters OR Natural Disasters AND measure of anticonception contraception"; "Man-Made Disasters OR Natural Disasters AND sexual violence"	
Descriptor: "Man-Made Disasters OR Natural Disasters AND sexual health woman"		
Artículos encontrados: 98	Artículos seleccionados: 3	Exclusión: No fueron considerados relevantes
Artículos seleccionados		

Art. n°3 Community perspectives on the determinants of maternal health in rural southern Mozambique: a qualitative study		
Art. n°4 Congo ceasefire brings little relief for women		
Art. n°5 Women, catastrophe and mental health		
Descriptor: Man-Made Disasters OR Natural Disasters AND family planning		
Artículos encontrados: 424	Artículos seleccionados: 4	Exclusión: No fueron considerados relevantes/ Estaban repetidos
Artículos seleccionados		
Art. n°6 Cluster Sampling with Referral to Improve the Efficiency of Estimating Unmet Needs among Pregnant and Postpartum Women after Disasters		
Art. n°7 Delivering High-Quality Family Planning Services in Crisis-Affected Settings I: Program Implementation		
Art. n°8 Experiences from the field: maternal, reproductive and child health data collection in humanitarian and emergency situations		
Art. n°9 Long-Term Mental Health Among Low-Income, Minority Women Following Exposure to Multiple Natural Disasters in Early and Late Adolescence Compared to Adulthood		
Descriptor: Man-Made Disasters OR Natural Disasters AND rights of woman		
Artículos encontrados: 34	Artículos seleccionados: 3	Exclusión: No fueron considerados relevantes/ Estaban repetidos
Artículos seleccionados		
Art. n°10 Natural and Social Disasters: Racial Inequality in Access to Contraceptives After Hurricane Ike		
Art. n° 11 Systematic review of the evidence on the effectiveness of sexual and reproductive health interventions in humanitarian crises		
Art. n°12 The Prevalence of Sexual Violence among Female Refugees in Complex Humanitarian Emergencies: a Systematic Review and Meta-analysis		

Los descriptores MESH fueron utilizados para la base de datos PUBMED. Para los descriptores DECS se utilizó la base de datos CUIDEN y COCHRANE. Los DeCS utilizados fueron: desastres provocados por el hombre, desastres provocados por la naturaleza, violencia sexual, mujer, planificación familiar, anticonceptivos, derechos de la mujer. Los MESH utilizados fueron: Man-Made Disasters, Natural Disasters, sexual health women, family planning, rights of women, measure of anticonception contraception, sexual violence.

Una vez seleccionados los descriptores de salud, se usan junto a los booleanos "AND" y "OR" para refinar la búsqueda y, tras una lectura crítica, se escogen los artículos que resultaban interesantes y útiles para el desarrollo del trabajo, escogiendo finalmente 12.

Tabla 2. Metodología de búsqueda de artículos: Base de datos COCHRANE.

Base de datos	Biblioteca Cochrane	
Limitador	Empieza con/ Fecha 2000-2016/Todos/Sin restricción	
Descriptores utilizados	"Desastres provocados por el hombre OR Desastres provocados por la naturaleza AND violencia sexual"; "Desastres provocados por el hombre OR Desastres provocados por la naturaleza AND mujer"; "Desastres provocados por el hombre OR Desastres provocados por la naturaleza AND planificación familiar"; "Desastres provocados por el hombre OR Desastres provocados por la naturaleza AND anticonceptivos"; "Desastres provocados por el hombre OR Desastres provocados por la naturaleza AND derechos de la mujer"	
Artículos encontrados: 0	Artículos seleccionados: 0	Exclusión: -
Artículos seleccionados: 0		

Sin embargo, se consideró relevante consultar aquellos organismos internacionales que trabajan en situaciones de emergencia. Así, se seleccionaron planes de acción y manuales de formación para intentar conocer si a través de ellos se da una importancia particular a la violencia de la mujer en estos contextos.

Los organismos consultados fueron la Organización Mundial de la Salud, la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna y la Organización de Naciones Unidas.

Tabla 3. Metodología de búsqueda de artículos: Base de datos CUIDEN.

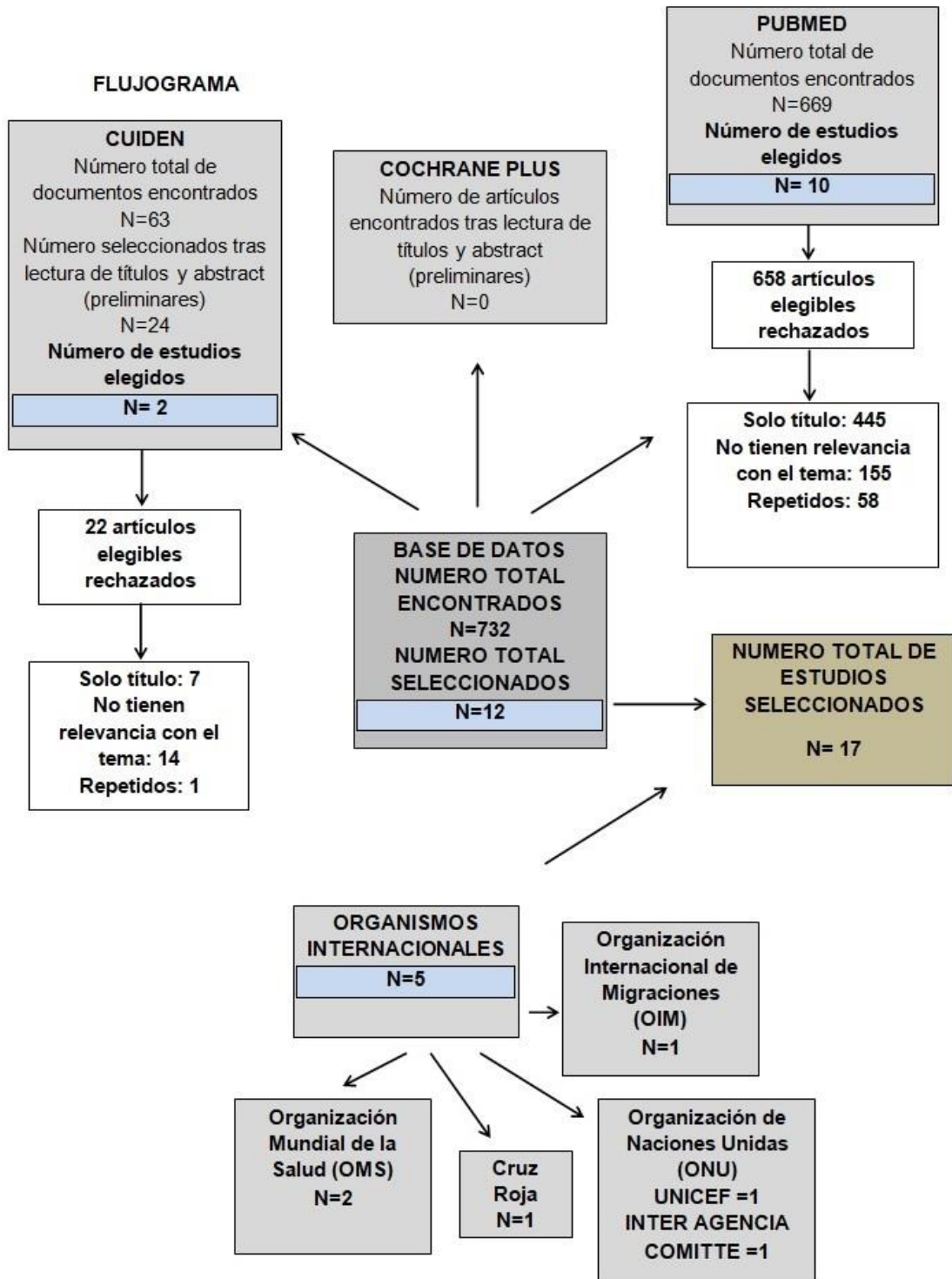
Base de datos	CUIDEN
Limitador	Libros/Actas de congreso/Literatura gris/capítulo
Descriptor utilizado	"Desastres provocados por el hombre OR Desastres provocados por la naturaleza AND violencia sexual"; "Desastres provocados por el hombre OR Desastres provocados por la naturaleza AND mujer"; "Desastres provocados por el hombre OR Desastres provocados por la naturaleza AND planificación familiar"; "Desastres provocados por el hombre OR Desastres provocados por la naturaleza AND anticonceptivos"; "Desastres provocados por el hombre OR Desastres provocados por la naturaleza AND derechos de la mujer"; "catástrofes"

Descriptor: "Desastres provocados por el hombre OR Desastres provocados por la naturaleza AND violencia sexual";		
Artículos encontrados: 1	Artículos seleccionados: 1	Exclusión: -.
Artículos seleccionados:		
Art. nº 1. An integrated program to train local health care providers to meet post-disaster mental health needs.		
Descriptor: "Desastres provocados por el hombre OR Desastres provocados por la naturaleza AND mujer"; "Desastres provocados por el hombre OR Desastres provocados por la naturaleza AND planificación familiar"; "Desastres provocados por el hombre OR Desastres provocados por la naturaleza AND anticonceptivos"; "Desastres provocados por el hombre OR Desastres provocados por la naturaleza AND derechos de la mujer";		
Artículos encontrados: 1	Artículos seleccionados: 0	Exclusión: Repetido, ya había sido seleccionado
Descriptor: catástrofe		
Artículos encontrados: 76	Artículos seleccionados: 1	Exclusión: Repetidos/ No fueron considerados relevantes
Artículos seleccionados		
Art. nº 2. La construcción y evolución del concepto de catástrofe-desastre en medicina y salud pública de emergencia		

Resultados

En la revisión bibliográfica a través de las bases de datos se han localizado y seleccionado 12 documentos (**Ver flujograma**).

Para poder cumplir los objetivos marcados en esta revisión se recurrió también a diferentes documentos de organismos internacionales de los cuales se han seleccionado una revisión sistemática, tres manuales de formación y un plan de acción.



Discusión

La forma de gestionar las catástrofes cambia a partir de los años 90. Arcos y Castro (3) examinan la definición del término catástrofe o desastre. A través de esta revisión se estudia la evolución del enfoque inicial sobre la catástrofe que aparece en los años 80 dentro del campo de las Ciencias Sociales.

El término quedaba centrado en las catástrofes naturales y se tenía en consideración la implicación psicológica que causaba en la población que sufría estos desastres. Sin embargo, es a partir de los años 90 cuando se introducen términos como el riesgo, la amenaza y la vulnerabilidad. A partir de este momento el desastre se aborda desde el punto de vista de reducción del riesgo. Siguiendo las pautas de la Estrategia Internacional de Naciones Unidas para reducir los riesgos ante el desastre. De esta manera los objetivos son la prevención y la reducción de daños a través de la mitigación de los peligros.

Los desastres naturales o provocados por el hombre generan tanto problemas físicos como psicológicos que deben de ser atendidos. Kutcher, Chehil y Thorne (4) describen un programa de capacitación en salud mental llevado a cabo tras la catástrofe del huracán Iván en 2004. En este programa se capacitó a los sanitarios para detectar y tratar los trastornos mentales que ocurren tras un desastre natural. Este enfoque se consideró novedoso por adaptar las recomendaciones de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud, ya que en los desastres naturales anteriores producidos en el Caribe las actividades de asesoramiento psicosocial no se habían contemplado desde una perspectiva horizontal y habían resultado altamente ineficaces y costosas. Los programas que se habían llevado a cabo consistieron en intervenciones de personal externo sin que hubieran estado integrados en las comunidades locales o los sistemas de salud.

Este tipo de intervención de capacitación en salud es apoyado por la Organización Mundial de la Salud, sin embargo, se ha demostrado que en diferentes sucesos catastróficos acaecidos en el Caribe no se han llevado a cabo estas intervenciones. Así en este informe se proporciona un modelo, la aplicación y los resultados preliminares de la intervención que fue entregado a las autoridades de Granada para su ejecución en posibles desastres futuros. Este modelo se basa en la formación de formadores en la capacitación para identificar y tratar trastornos mentales, abordando los problemas de salud mental de forma continua. Se atendía a identificar y tratar los efectos postraumáticos del trastorno de estrés, la depresión y la ansiedad.

Dentro de los colectivos más vulnerables ante este tipo de sucesos se encuentran las mujeres. Diversas investigaciones han puesto de manifiesto cómo el género determina su vulnerabilidad. Beverley et al. (5) examinan la experiencia ante una catástrofe y la relación existente con la salud mental a la que pueden estar expuestas las mujeres. Para ello se identifican las múltiples consecuencias de la catástrofe como son: la victimización, la muerte, la pérdida, la desmoralización, la vergüenza, la estigmatización, el desamparo y la identidad. Las experiencias en las catástrofes vienen unidas a la violencia intrafamiliar, la agresión sexual y el abuso físico.

En las catástrofes originadas por la acción humana, principalmente en aquellas originadas por actos bélicos que tiene como consecuencia el desplazamiento de la población las tasas de violencia sexual hacia las mujeres se disparan. Vu et al. (6) llevan a cabo una revisión sistemática y meta-análisis sobre la prevalencia de la violencia sexual entre las mujeres refugiadas en las emergencias humanitarias complejas. Los refugiados y los desplazados son personas altamente vulnerables a la violencia sexual.

Esta violencia se ejerce durante el conflicto y en el posterior desplazamiento. El objetivo de esta revisión es estimar la prevalencia de la violencia sexual dentro de este colectivo. Los hallazgos sugieren que uno de cada cinco refugiados o mujeres desplazadas experimentan violencia sexual. A largo plazo las consecuencias sanitarias y sociales de estas personas y sus familiares requieren una serie de estrategias que permitan identificar a estos supervivientes de la violencia sexual y así poder aumentar la prevención y las respuestas en estos contextos.

La Inter-Agency Standing Committee (7) aporta las directrices que hay que llevar a cabo ante intervenciones de violencia por razón de género, en situaciones humanitarias. Detectan la manifestación de las situaciones de emergencia sobre la violencia sexual, principalmente cuando las comunidades son interrumpidas, existen desplazamientos y no existen sistemas de protección bien establecidos.

Sin embargo, no solo se produce violencia en el momento de la catástrofe, cuando el contexto está más estabilizado se dan otras formas de violencia en relación al género. Este tipo de violencia está relacionada con las mutilaciones genitales femenina, matrimonios a corta edad forzados, crímenes de honra y violencia doméstica. Dentro de las consecuencias se incluyen embarazos no deseados, abortos autoinducidos en condiciones de riesgo, infanticidios e infecciones de transmisión sexual. Se pueden producir traumas psicológicos y estigmatización y rechazo social. Las respuestas ante estos casos deben de incluir un conjunto de servicios que reduzcan las consecuencias perjudiciales y prevengan los posibles daños (8).

Tras estas formas de violencia hacia la mujer aparecen problemas psicológicos a corto, medio o largo plazo. Desde diferentes organismos se tiene en cuenta atender a los efectos psicológicos que se producen en este tipo de contextos. En el plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020 elaborado por la Organización Mundial de la Salud (9) se hace referencia a los problemas mentales originados por las catástrofes, en relación principalmente a niños y adolescentes que se han enfrentado o participado en grupos armados. Sin embargo, no se hace referencia a las mujeres como grupo vulnerable dentro de estos contextos. La salud mental en las emergencias humanitarias se propone trabajarla con los comités nacionales de emergencia y enfocarla principalmente hacia la resolución de traumas psicológicos y al fomento de la resiliencia y la recuperación. Esto deberá llevarse a cabo durante y tras la emergencia. Los trabajadores sanitarios deben ser formados para los primeros auxilios psicológicos.

En el manual de formación de la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna¹⁰ ante situaciones de catástrofes, se dan los pasos a seguir para el manejo de estos contextos relacionados con la salud mental. Se prioriza en los beneficios que tiene la propia comunidad para superar los problemas mentales originados por una catástrofe. En este manual se hace hincapié en la situación de vulnerabilidad de los niños ante la violencia sexual. En lo referente a la mujer se menciona como grupo vulnerable por ser anciana y no por el género. Aunque describe una intervención con mujeres que quedaron aisladas por un terremoto estableciendo un grupo de apoyo entre ellas.

UNICEF (11) presenta una guía a seguir para el personal de UNICEF en situaciones de emergencia sobre el terreno. En este manual se especifica la necesidad de atender a las mujeres y niños como grupos vulnerables para llevar a cabo los compromisos de respuesta para una crisis, que aseguren el cumplimiento de los derechos de la infancia y la mujer. Se debe de poner en funcionamiento los mecanismos de respuesta humanitaria para prevenir y limitar la exposición de los niños, las niñas y las mujeres a los malos tratos, la violencia, la explotación y la transmisión del VIH/SIDA.

Se propone llevar a cabo una evaluación inicial a través de una lista de verificación de ítems. Esta evaluación deberá ser revisada igual que los seguimientos que se vayan haciendo en los primeros meses. De esta forma se previene el abuso sexual y la explotación de los niños y las mujeres mediante el seguimiento y la presentación de informes, y combatir los actos de violencia sexual por parte de las fuerzas militares, los funcionarios de gobierno, los grupos armados y otros.

Por otra parte, Jacobs y Harville (12) estudian la salud mental a largo plazo de las mujeres que tienen bajos ingresos y que se han visto expuestas a desastres naturales en el periodo de la adolescencia temprana y tardía. Las experiencias que sufren las mujeres después de un desastre natural afectan en la psicopatología posterior. La edad es un factor que contribuye al impacto en la salud mental de un desastre. Sin embargo, no está demostrado si la edad joven supone un elemento de protección o por el contrario supone un mayor riesgo en comparación con la edad adulta.

En este estudio se evaluó la influencia que tiene la edad adolescente en la salud mental, en los años siguientes tras episodios de huracanes en la región de Nueva Orleans. Para ello se llevó a cabo un estudio con 794 mujeres entre 18 y 45 años. Completaron una encuesta sobre sus experiencias tras los huracanes. Posteriormente se evaluó la relación entre la experiencia vivida en el desastre y la depresión y el trastorno de estrés postraumático. Como resultado se concluyó que aquellas mujeres que habían vivido las consecuencias del huracán en edad adolescente temprana la depresión no aparecía con tanta frecuencia ni el estrés postraumático. Por lo tanto, el desastre cuando se produce en edades más tempranas disminuye los efectos adversos sobre la salud mental.

Dentro de la literatura existente sobre las necesidades y vulnerabilidades de las mujeres en contextos de catástrofe se presta atención a la salud sexual y reproductiva de éstas. A través de un estudio cualitativo se investigan las perspectivas comunitarias sobre los determinantes de la salud materna en las zonas rurales del sur de Mozambique (13). Este país tiene las tasas más altas de mortalidad materna del África subsahariana. El objetivo era detectar los diferentes factores que provocaban estas tasas de mortalidad para abordar eficazmente la mortalidad materna en la agenda posterior a 2015. A través de este estudio se pone de manifiesto que son los condicionantes políticos, económicos, socioculturales y ambientales los que influyen en estas tasas de mortalidad. La guerra civil fue lo que provocó los altos niveles de pobreza de la localidad que tuvieron como consecuencia la falta de fondos para el acceso a la atención médica y el transporte.

Además, estos niveles de pobreza han influido en determinantes socioculturales como las relaciones de género, aumentado la vulnerabilidad de las mujeres. Se aumentó la violencia hacia las mujeres y se tensaron las relaciones con los familiares y con las parejas. Así, las percepciones de la comunidad sobre los factores que aumentaban la mortalidad incluyeron los factores políticos, económicos, socioculturales y ambientales. Además, se hizo hincapié en que estos factores estaban estrechamente ligados a los acontecimientos de la historia local, la cultura, el contexto, la geografía del país y el propio diseño de los programas de salud materna.

Horney et al. (14) realiza un muestreo en Clúster con el objetivo de mejorar la eficacia de detectar las necesidades no satisfechas de las mujeres embarazadas y el posparto después de una catástrofe. La vulnerabilidad aumenta en aquellas mujeres que están embarazadas o aquellas que están en los primeros seis meses después del parto.

Los desastres tanto naturales como provocados por el hombre puede ser factores estresores para los cuidadores y limitar el acceso a la atención prenatal o posparto. Además, también influyen en la interrupción de las medidas anticonceptivas. Tras los desastres los enfoques tradicionales de registro no se siguen. En esta investigación se propone un método utilizando un muestreo de racimo dividido en dos etapas como forma de evaluar las necesidades no satisfechas de las mujeres embarazadas y en periodo de posparto en las comunidades que han sido afectadas por desastres. Esta investigación se presenta como tres estudios pilotos realizados después del desastre en el condado Johnston, Carolina del Norte, Georgia, después de las inundaciones, y el Condado de Bertie, Carolina del Norte, después de las inundaciones relacionadas con el huracán.

Pyone et al. (15) publica en el Boletín de la Organización Mundial de la Salud una revisión sistemática sobre las herramientas que se precisan para recopilar los datos en la atención materna e infantil en emergencias humanitarias. Se concluyó que aunque existen un número importante de herramientas disponibles para salvar vidas en emergencias humanitarias no todas se utilizan. Por lo tanto, se debería desarrollar una única herramienta estándar que ayudara a llevar a cabo una evaluación sobre los problemas de salud en las primeras etapas de emergencia humanitaria. Se propone un enfoque integrado por grupos en cooperación con investigadores operacionales y agencias humanitarias. Y se precisa que la coordinación sea llevada a cabo por la Organización Mundial de la Salud.

Warren et al. (16) llevan a cabo una revisión sistemática sobre la eficacia de las intervenciones de salud sexual y reproductivas en crisis humanitarias. Estas revisiones se centraron en estudios sobre crisis humanitarias en países de rentas bajas y medias.

Se hallaron pruebas de la eficacia en las intervenciones siguiente: mosquiteros impregnados para mujeres embarazadas, asistencia sanitaria subvencionada para refugiados, trabajadores femeninos en la salud comunitaria y servicios de salud reproductiva comunitarios. Se concluye que existen limitaciones en la evidencia de las intervenciones y se destaca la necesidad de mejorar la investigación sobre la efectividad de las intervenciones de salud pública en contextos de crisis humanitaria.

Dickinson (17) lleva a cabo un trabajo de campo recogiendo datos sobre la salud materna reproductiva e infantil en situaciones de emergencia. A través de entrevistas a informantes claves identificaron cuatro temas comunes: la importancia de un enfoque de métodos mixtos, el lenguaje tanto con respecto al desarrollo de herramientas de recopilación de datos como con la recopilación de datos, la necesidad de modificar las herramientas existentes y crear capacidad local para la recopilación de datos. Se concluyó que existen numerosas dificultades para la recogida de datos que evalúen el estado de salud y los servicios disponibles en relación a las mujeres y los niños en situaciones humanitarias.

Curry et al. (18) analiza las consecuencias de la implantación de Apoyo al Acceso a la Planificación Familiar y el Cuidado Post-Aborto en Emergencias (SAFPAC), que apoya los sistemas de salud del gobierno de la República Democrática del Congo, Chad, Djibouti, Malí y Pakistán, en servicios de planificación familiar.

Esta estrategia se centra en 4 intervenciones: captación basada en competencias para los proveedores, mejora de la gestión de la cadena de suministros, supervisión regular y la movilización de la comunidad para influir en las normas y actitudes que están relacionadas con la planificación familiar. Los métodos anticonceptivos que se proponen son los implantes o dispositivos intrauterinos de acción prolongada. Se supervisa mensualmente utilizando listas de control simples, mejorando así la calidad de los programas y los servicios, sobre todo en los procedimientos de prevención de infecciones. Es fundamental llegar a la comunidad adaptándose al contexto cultural de la misma.

Conclusiones

Los contextos de catástrofes favorecen la violencia por razón de género, principalmente la violencia sexual. Esta problemática debe de ser considerada como un elemento muy importante dentro de la actuación ante catástrofes. Tras el análisis de las distintas investigaciones queda corroborado que es un asunto de salud pública internacional y de derechos humanos. Las mujeres con frecuencia en este tipo de contexto son el blanco de abusos, violencia, explotación simplemente por su estatus, su género o su edad.

Tras el análisis se puede llegar a una serie de conclusiones como son: existen pruebas empíricas que demuestran que la mujer en un contexto de catástrofe aumenta la vulnerabilidad que socialmente ya tenía. Por lo tanto, existe una relación directa entre las situaciones de emergencia y la violencia sexual.

Esta violencia sexual se ha utilizado como arma de guerra, para infundir miedo en la comunidad. Entre las investigaciones consultadas se demuestra que en contextos de guerra y de desplazamiento aumenta el riesgo de violación en mujeres y niñas. Esta violencia no solo tiene consecuencias físicas, sino que viene acompañadas de problemas psicológicos a corto, medio o largo plazo. Estos problemas no solo son para la mujer que sufre en abuso sino que también afecta a la familia y a la posterior estigmatización de la víctima.

Se pone en evidencia que existen problemas para el registro de las necesidades de las mujeres en este tipo de contextos. Por lo tanto la salud sexual y reproductiva pierde eficacia debido a que no pueden detectar ni llevar a cabo un seguimiento de las necesidades de estas mujeres. La anticoncepción, el aborto, los embarazos y la salud psicológica se ponen en riesgo. Los organismos de ayuda deberían coordinarse para llevar a cabo una misma guía de actuación.

Por otro lado, en el análisis de los documentos de actuación de los organismos internacionales se contempla que la mujer forma parte del grupo de personas vulnerables que los niños. Las medidas que se toman no están dirigidas específicamente hacia ellas.

"Existen pruebas empíricas que demuestran que la mujer en un contexto de catástrofe aumenta la vulnerabilidad que socialmente ya tenía."

En la actuación ante una emergencia se debe de disponer de diferentes programas específicos dedicados a la protección y el cuidado de la mujer y sus necesidades. Para poder llevar a cabo este tipo de actuaciones se debe revisar los diferentes estudios realizados y adaptar las guías de actuación a las comprobaciones que surgen en la comunidad científica. Esta salud sexual y reproductiva no suele ser tomada con la importancia que merece en los programas de respuesta en caso de emergencia ante catástrofes.

Bibliografía

1. Beier C, Downing T E. Geografía y Ayuda Humanitaria. Vol 3. Serie Ayuda Humanitaria. Textos básicos. Universidad de Deusto. 1998.
2. Descriptores en Ciencias de la Salud: DeCS [Internet]. ed. 2017. Sao Paulo (SP): BIREME / OPS / OMS. 2017 [actualizado 2017 May 18; citado 2017 Jun 13]. Disponible en:
<http://decs.bvsalud.org/E/homepagee.htm>
3. Arcos González P, Castro Delgado R. La construcción y evolución del concepto de catástrofe-desastre en medicina y salud pública de emergencia. Index Enferm [Internet]. 2015 Jun [citado 2017 Oct 29]; 24(1-2): 59-61. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962015000100013&lng=es
4. Kutcher S, Chehil S, Roberts T. An integrated program to train local health care providers to meet post-disaster mental health needs. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2005 Nov [cited 2017 Oct 29]; 18(4-5): 338-345. Disponible en:
http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892005000900014&lng=en
5. Raphael B, Taylor M, McAndrew V. Women, catastrophe and mental health. Aust NZJ Psychiatry. 2008 Jan; 42 (1):13-23. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18058439>
6. Vu A, Adam A, Wirtz A, Pham K, Rubenstein L, Glass N, et al. The Prevalence of Sexual Violence among Female Refugees in Complex Humanitarian Emergencies: a Systematic Review and Meta-analysis. PLoS Curr. 2014 Mar 18; 6. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24818066>
7. Truscott A. Congo ceasefire brings little relief for women. CMAJ. 2008 Jul 15; 179(2): 133-134. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2443208/>
8. Inter-Agency Standing Committee. IASC. Directrices aplicables a las Intervenciones contra la Violencia por Razón de Género en Situaciones Humanitarias. Enfoque sobre la Prevención y la Respuesta contra la Violencia Sexual en Situaciones de Emergencia. Ginebra: Comité permanente Entre Organismos; Sep 2015.
9. Organización Mundial de la Salud. Plan de Acción sobre Salud Mental 2013-2020. Ginebra: OMS; 2013.
10. Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna. Apoyo psicológico basado en la comunidad. Ginebra: Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna; 2013
11. United Nations International Children's Emergency Fund. *Manual para situaciones de emergencia sobre el terreno*. Nueva York: Fondo de Naciones Unidas para la Infancia; 2005.
12. Jacobs MB, Harville EW. Long-Term Mental Health Among Low-Income, Minority Women Following Exposure to Multiple Natural Disasters in Early and Late Adolescence Compared to Adulthood. Child Youth Care Forum. 2015 Aug 1; 44(4):511-525. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26412956>

13. Firoz T, Vidler M, Makangas PT, Boene H, Chiaú R, Sevene E, et al. Community perspectives on the determinants of maternal health in rural southern Mozambique: a qualitative study. *Reprod Health*. 2016 Sep 30;13 (Suppl 2):112. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27719679>

14. Horney J, Zotti ME, Williams A, Hsia, J. Cluster Sampling with Referral to Improve the Efficiency of Estimating Unmet Needs among Pregnant and Postpartum Women after Disasters. *Womens Health Issues*. 2012; 22(3): E253-7. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22365134>

15. Pyone T, Dickinson F, Kerr R, Boschi-Pinto C, Mathai M, Van den Broek N. Herramientas para la recopilación de datos sobre la atención de salud materna e infantil en emergencias humanitarias: una revisión sistemática. *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*. 2015; 93(9):648-658. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4581640/>

16. Warren E, Post N, Hossain M, Blanchet K, Roberts B. Systematic review of the evidence on the effectiveness of sexual and reproductive health interventions in humanitarian crises. *BMJ Open* [Internet]. 2015 Dec 18; 5(12): e008226. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26685020>

17. Dickinson FM, Pyone T, van den Broek, N. Experiences from the field: maternal, reproductive and child health data collection in humanitarian and emergency situations. *Int Health*. 2016 Feb; 8(2): 83–88. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4778628/>

18. Curry DW, Rattan J, Nzau JJ, Giri, K. Delivering High-Quality Family Planning Services in Crisis-Affected Settings I: Program Implementation. *Glob Health Sci Pract*. 2015 Feb 4; 3(1):14-24. Disponible: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25745117>

19. Leyser-Whalen O, Rahman M, Berenson AB. Natural and Social Disasters: Racial Inequality in Access to Contraceptives After Hurricane Ike. *J Womens Health (Larchmt)*. 2011 Dic; 20(12): 1861–1866. Disponible en:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3236984/>

Estudio descriptivo de los errores más frecuentes en la técnica inhalatoria

Descriptive study about the most frequent errors in the inhalatory technique

Lucía Fernández Arce, Laura Eiriz Manzano, Alba Martínez Rozada

CS El Llano – Servicio de Salud del Principado de Asturias.

Manuscrito recibido: 26-05-2017

Manuscrito aceptado: 19-02-2018

Cómo citar este documento

Fernández Arce L, Eiriz Manzano L, Martínez Rozada A. Estudio descriptivo de los errores más frecuentes en la técnica inhalatoria. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). 2018 Mayo; 6(2); 65-75

Resumen

Los pacientes con terapia inhalada tienen un alto porcentaje de técnica incorrecta pese a la importancia de realizarla adecuadamente.

Objetivo

Determinar cuáles son los errores más frecuentes en la autoadministración de terapia inhalada en nuestra población.

Métodos

Se realizó un estudio descriptivo con una muestra aleatorizada de 60 pacientes. Se llevó a cabo una entrevista presencial para la recogida de datos y de los errores en la técnica por medio de un check-list.

Resultados

El 55% de los pacientes realizaban una técnica incorrecta. Los errores más frecuentes fueron no expulsar aire pre-inspiración y no realizar apnea de más de 5 segundos. La adherencia al tratamiento con inhaladores medida por el Test de Adherencia a Inhaladores (TAI) resultó ser buena en un 50% de los pacientes y el porcentaje de incumplimiento fue de un 58'3%.

Conclusiones

Es necesario insistir en la importancia de errores muy frecuentes. Se ha constatado la necesidad de reeducación debido a la mala realización de la técnica por parte de los pacientes. El tipo de incumplimiento más habitual fue el errático, seguido del inconsciente y el deliberado. En general, la adherencia al tratamiento con inhaladores es escasa.

Palabras clave

Terapia respiratoria, educación sanitaria, administración por inhalación, asma y EPOC.

Abstract

Patients with inhaled therapy have a high percentage of incorrect technique despite the importance of performing it properly.

Objective

To determine which are the most frequent errors in the self administration of inhaled therapy in our patients.

Methods

A descriptive study was conducted with a randomized sample of 60 patients. A face-to-face interview was carried out for the collection of data and errors in the technique by means of a check-list.

Results

55% of the patients performed an incorrect technique. The most frequent errors were not to expel air pre-inspiration and not to perform apnea of more than 5 seconds. Adherence to inhaler therapy measured by the TAI was found to be good in 50% of patients and the noncompliance rate was 58.3%.

Conclusions

It is necessary to insist on the importance of very frequent errors. The need for re-education has been verified due to the poor performance of the technique by the patients. The most common type of noncompliance was the erratic, followed by the unconscious and the deliberate. In general, adherence to inhaler therapy is poor.

Keywords

Respiratory therapy, health education, administration inhalation, asthma and Pulmonary Disease, Chronic Obstructive.

Introducción

Las enfermedades respiratorias, principalmente el asma y la Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC) tienen una elevada prevalencia y un alto infradiagnóstico (1). El problema en Asturias es, si cabe, aún mayor, ya que según los datos del Instituto Nacional de Estadística (INE) la mortalidad en Asturias por asma es el doble que la media española y la incidencia de EPOC supera en 6 puntos a la media nacional (2,3).

La terapia inhalada es el principal tratamiento para ambas patologías (4-6). El complejo uso de los inhaladores y la variedad de dispositivos dificulta una correcta utilización de los mismos por parte de los pacientes (4, 7-9). Se ha demostrado la necesidad de priorizar la preferencia del paciente a la hora de elegir el dispositivo de inhalación que va a utilizar y la importancia del seguimiento de la técnica por parte de un profesional (6).

El mejor inhalador es aquel que el paciente es capaz de utilizar correctamente y es misión de enfermería encargarse del seguimiento de estos pacientes (6). Por otro lado, la bibliografía incide en la importancia de aumentar la formación de los profesionales sanitarios, ya que los estudios han demostrado que los conocimientos de las personas encargadas de instruir sobre el manejo de los inhaladores son escasos (10,11). La eficacia del tratamiento con estos dispositivos radica en el paciente y en el equipo que le atiende (12).

Una vez que el paciente recibe la educación y ha practicado en el domicilio, el educador debe comprobar cómo realiza la técnica, felicitándole en caso de un uso correcto o enseñándole de nuevo en caso de ser necesario (13).

Una mala adherencia a la terapia inhalada aumenta la probabilidad de realizar la técnica de forma incorrecta. Además, un uso incorrecto de los inhaladores conlleva una peor evolución de la patología (14).

La experiencia diaria en el ámbito de las urgencias de atención primaria (AP) evidencia que las patologías respiratorias mal controladas suponen uno de los principales motivos de consulta. A la hora de aplicar el tratamiento inhalatorio pautado en estos casos, se observa, de forma general, que muchos pacientes no realizan bien la técnica, lo que hace pensar si la educación que están recibiendo es correcta.

La tasa de error en el uso de inhaladores varía entre el 50%-80% según el dispositivo estudiado y se ha demostrado cómo las intervenciones educativas disminuyen estos valores (4, 7, 12). Debido a la importancia de la realización de la técnica correctamente y teniendo en cuenta su relación con la adherencia a la terapia de los pacientes, se ve necesario conocer los errores más frecuentes según los dispositivos para poder mejorar las intervenciones educativas posteriores.

Objetivos

Objetivo general: Determinar cuáles son los errores más frecuentes en la autoadministración de terapia inhalada en nuestra población.

Objetivos específicos:

- Establecer la necesidad o no de reeducación en el tiempo.
- Conocer el nivel de adherencia y cumplimiento de la terapia inhalada en los pacientes del estudio.

Metodología

Estudio descriptivo transversal en población adulta entre 18 y 80 años ambos inclusive, diagnosticados de asma o EPOC que estén a tratamiento con al menos un inhalador.

Los criterios de inclusión fueron recibir la atención sanitaria en los centros incluidos en el estudio (CS El Llano y CS Contrueces), presentar un diagnóstico de asma o EPOC según el programa de OMI-AP con códigos de clasificación internacional de atención primaria (CIAP) R95 y R96, utilizar al menos un dispositivo de terapia inhalada de los incluidos en el estudio (turbuhaler, accuhaler, handihaler, cartucho presurizado o cartucho presurizado con cámara) y aceptar participar en el estudio por medio de la firma del consentimiento informado.

Como criterios de exclusión se tuvieron en cuenta problemas cognitivos que impidan al paciente la realización de la intervención educativa de forma óptima, problemas de desplazamiento al centro de salud, desconocimiento del idioma español o haber recibido educación de la técnica de inhaladores en los últimos 6 meses.

"El principal objetivo es determinar cuáles son los errores más frecuentes en la autoadministración de terapia inhalada en nuestra población"

1. Tamaño y método de muestreo

El total de pacientes con asma o EPOC en ambos centros de salud fue de 3.902 pacientes de un total de 51.275 pacientes.

Se utilizó el programa Epidat 4.0 para la realización de un muestreo aleatorio simple. Los criterios establecidos fueron un 20% de pérdidas, un intervalo de confianza del 95% y una precisión del 10%. La muestra final fue de 60 pacientes distribuidos en ambos centros de salud.

2. Consideraciones éticas y legales

El estudio fue autorizado por el Comité de ética de investigación del Principado de Asturias. Además, se entregó a cada participante un consentimiento informado previo al comienzo del estudio.

3. Variables

Se recogieron variables sociodemográficas y variables relacionadas con su patología y tratamiento. Además, mediante el TAI se recogió una variable de adherencia al tratamiento y otra con el cumplimiento del paciente sobre el tratamiento pautado. (**Tabla 1**).

Tabla 1. Variables del estudio

Nombre	Definición operativa	Tipo de variable y escala de medida	Categoría y codificación
SEXO	Sexo al que pertenece según su Historia (Hª) Clínica.	Variable independiente. Nominal dicotómica.	1. Masculino 2. Femenino
EDAD	Años cumplidos según su Hª clínica en el momento de la captación para el estudio.	Variable independiente. Cuantitativa discreta.	Numérica
NIVEL DE ESTUDIOS	Máximo grado académico alcanzado en el momento actual, según refiera el paciente.	Variable independiente. Cualitativa ordinal.	1. Ninguno 2. Primarios 3. Secundarios 4. Superiores
PATOLOGÍA	Patología que presenta el paciente, según su historia clínica.	Variable independiente. Cualitativa dicotómica.	1. Asma 2. EPOC
EDUCACIÓN PREVIA	Haber recibido anteriormente educación sobre el manejo de inhaladores, según refiera el paciente.	Variable independiente. Cualitativa dicotómica.	1. Sí 2. No
QUIEN EDUCÓ	Quién realizó la última sesión educativa que recuerde el paciente.	Variable independiente. Cualitativa nominal.	1. Equipo atención primaria (EAP) 2. Equipo atención especializada (EAE) 3. Otros
Nº DISPOSITIVOS	Número (Nº) de dispositivos incluidos en el estudio que utiliza el paciente, según prescripción médica.	Variable independiente. Cuantitativa discreta.	Numérica
Nº DISPENSACIONES/ DÍA	Nº de veces al día que tiene que administrarse la medicación según prescripción médica.	Variable independiente. Cuantitativa discreta.	Numérica
Nº DISPENSACIONES/ TOMA	Nº de inhalaciones que se administra en cada toma según prescripción.	Variable independiente. Cuantitativa discreta.	Numérica
INHALADOR	Tipo de dispositivo que utiliza el paciente.	Variable independiente. Cualitativa politómica.	1. Cartucho presurizado 2. Turbuhaler 3. Accuhaler 4. Handihaler 5. Cartucho presurizado con cámara

OBSERVADOR	Miembro del equipo investigador que realiza la sesión.	Variable independiente. Cualitativa.	1. Laura 2. Lucía 3. Alba
ADHERENCIA	Resultado de los 10 primeros ítems del Test de Adherencia a Inhaladores ⁽¹⁵⁾ (TAI).	Variable independiente. Cualitativa.	1. Buena adherencia 2. Adherencia intermedia 3. Mala adherencia
CUMPLIMIENTO	Resultado de los 12 ítems del TAI ⁽¹⁵⁾ .	Variable independiente. Dicotómica.	1. Sí 2. No

Se utilizaron unas plantillas de errores elaboradas a partir de las plantillas de la Sociedad Española de Neumología y Cirugía Torácica (SEPAR) de uso correcto de los inhaladores. Se categorizaron los errores en dos grupos, moderado o crítico, según la bibliografía disponible.

4. Método de recogida de datos

Debido a la dificultad de detección de los errores, se llevó a cabo un pilotaje previo para analizar la concordancia interobservador por medio del Índice Kappa. Los resultados del pilotaje demostraron una concordancia entre buena y muy buena en todos los parámetros estudiados. La recogida de datos se llevó a cabo por entrevistadores formados a tal efecto que seguían un protocolo de actuación. Esta entrevista se realizó de forma individual y presencial con cada uno de los pacientes.

5. Desarrollo de la intervención

Tras obtener un listado aleatorizado de los pacientes que cumplían criterios de inclusión en el estudio se revisaron las historias para aplicar el resto de criterios excluyentes. Se contactó telefónicamente con los pacientes de la muestra que cumplían los requisitos establecidos.

La entrevista se iniciaba con la explicación de los objetivos y del desarrollo del estudio y entregando al paciente el consentimiento informado para su lectura y firma. Una vez que el paciente aceptaba se procedía a cumplimentar la hoja de recogida de datos y el TAI. Tras ello se le pidió una demostración de cómo realizaba la técnica inhalatoria con cada dispositivo. Durante esta demostración el observador registraba los errores cometidos por el paciente según las plantillas diseñadas.

6. Análisis de los datos

Se realizó un análisis descriptivo por medio del programa SPSS versión 20.0 de todas las variables para conocer las características de la muestra a través de las medidas de tendencia central.

Resultados

1. Variables sociodemográficas

La edad media de la muestra fue de 60'40 años con una desviación típica de 14,93. Un 41,7% de la muestra fueron hombres y un 58,3 % mujeres. La media de edad de los hombres fue de 59,16 años y en las mujeres de 61,29.

La variable nivel de estudios tenía 4 categorías. El 5% de los pacientes no tenían estudios (media de edad 71,33), el 51,7% tenían estudios primarios (media de edad 66,74), el 26,7% estudios secundarios (media de edad 55,06) y el 16,7% estudios superiores (media de edad 46).

El 67% de los pacientes pertenecían al CS El Llano y el 33% al CS Contrueces.

2. Patología

En la variable patología un 76,7% tenían asma y un 23,3% EPOC. La media de edad en los pacientes asmáticos fue de 58,39 mientras que en los pacientes con EPOC fue de 67 años.

3. Educación previa

Un 98,3 % de los pacientes habían recibido educación sanitaria previa sobre el uso de inhaladores. De ellos un 50,85% había recibido educación por parte de AP, el 45,76% por parte de AE y el 3,39% por otros.

4. Dispositivos utilizados

Los pacientes incluidos en la muestra tenían como máximo 3 inhaladores. El 66,7% utilizaba un inhalador, el 31,7% utilizaba dos y el 1,7% tres. La frecuencia de los dispositivos de inhalación fue de turbuhaler 40,74%, cartucho presurizado 19,75%, accuhaler 13,58%, cartucho presurizado con cámara 13,58% y handihaler 12,35%.

5. Dispensaciones

En cuanto al número de dispensaciones al día, el 39,24% de los pacientes tenía que tomar el inhalador una vez, el 41,77% precisaban tomarlo dos veces y el 8,86% tres veces al día. Un 10,13% de los pacientes no tenían una pauta diaria sino que lo tomaban en caso de precisarlo.

El número de dispensaciones que debían realizar por cada toma fue de una dispensación en el 51,89%, dos dispensaciones en el 32,91%, tres dispensaciones en el 3,79% y cuatro dispensaciones en el 1,27%, mientras que en el 10,13% eran las que precisara.

6. Técnica

La técnica de inhalación resultó incorrecta en un 55% de los pacientes en al menos uno de los dispositivos utilizados. Un 48,33% utilizaban mal todos los dispositivos pautados.

Según el tipo de dispositivo utilizado por el paciente los porcentajes de error fueron de un 90,9% utilizando cartucho presurizado con cámara, un 60,6% turbuhaler, 50% cartucho presurizado, 40% handihaler y 27,3% accuhaler.

Los errores más frecuentes fueron no expulsar aire pre-inspiración y no realizar apnea más de 5 segundos, errores comunes en los cinco dispositivos. En el caso del error de no expulsar

aire previo, el porcentaje osciló entre el 30% y el 58,3% en función del dispositivo, mientras que en el caso de la apnea osciló entre el 20% y 41,7%.

Otros errores frecuentes en el cartucho presurizado fueron no agitar y no coordinar inspiración con pulsación, ambos con un porcentaje de 27,8%. Si utilizaban este dispositivo con cámara de inhalación, el error más frecuente era no inspirar rápido (58,3%) seguido de no agitar (33,3%).

Un 18,8% de los pacientes con turbuhaler cometían el error crítico de no girar correctamente la rosca.

7. Adherencia

La adherencia al tratamiento con inhaladores medida por el TAI resultó ser buena adherencia en un 50% de los pacientes, adherencia intermedia en un 25% y mala adherencia en un 25%.

8. Cumplimiento

Un 41,7% de los pacientes obtuvo una puntuación máxima (54 puntos) en el TAI con una edad media de 65,24 años mientras que aquellos con un incumplimiento incorrecto (<54), el 58,3% de la muestra, tenían una media de 56,94 años.

Analizando el tipo de incumplimiento, un 45% de los pacientes presentaron incumplimiento errático, un 26,7% incumplimiento deliberado y un 36,7% incumplimiento inconsciente pudiendo presentar varios incumplimientos un mismo paciente.

9. Análisis de la variable cumplimiento con algunas variables.

Se realizó un análisis bivalente con la variable cumplimiento como variable resultado respecto a aquellas variables que pudieran resultar de interés.

10. Variables sociodemográficas

La relación entre la variable cumplimiento y la variable edad dividida en grupos no obtuvo diferencias estadísticamente significativas ($p=0,341$).

El 60% de los hombres manifestaron un cumplimiento correcto mientras que el cumplimiento en las mujeres fue correcto en el 28,6% de los casos. Esta relación fue estadísticamente significativa ($p=0,015$).

La relación entre la variable cumplimiento y la variable nivel de estudios no resultó significativa estadísticamente ($p=0,947$). Tampoco se halló relación con si el paciente había recibido educación previa o no ($p=0,233$).

Los resultados según el CS al que pertenecían fueron estadísticamente significativos ($p=0,002$). Los pacientes del CS de Contrueces obtuvieron un resultado correcto de la variable cumplimiento en el 70% de los casos mientras que en el CS El Llano fue en el 27,5%.

11. Patología

Resultó estadísticamente significativa ($p=0,05$) la relación entre la variable cumplimiento y la variable patología. En los pacientes con diagnóstico de asma, el cumplimiento fue correcto en el 34,8% de los casos y en los pacientes con diagnóstico de EPOC, en el 64,3%.

Discusión

La muestra obtenida para el estudio resultó ser heterogénea en sexo, edad y patología por lo que podría ser extrapolable a toda nuestra población y a una población de similares características.

Llama la atención que haya un alto porcentaje de técnicas erróneas pese a que casi el total de la muestra habían recibido una educación previa por parte de algún estamento sanitario. Este resultado, como el de otros estudios previos, demuestra la importancia de una buena formación de los profesionales para mejorar la técnica de inhalación realizada por parte de los pacientes; así como la necesidad de realizar un seguimiento a los pacientes sobre si su técnica inhalatoria es correcta tiempo después de la educación (4).

Si comparamos estos resultados con estudios previos hemos obtenido un resultado menor de técnicas erróneas, esto puede ser debido a que los estudios revisados y comparables se hayan realizado en el sur de España donde las patologías respiratorias tienen una menor frecuencia e historia y por tanto los profesionales y los pacientes tengan una menor concienciación de su importancia (7).

En cuanto al dispositivo utilizado, en contra de lo que se esperaba, el que obtuvo un mayor porcentaje de error fue el cartucho presurizado con cámara. Analizando los errores más frecuentes de este dispositivo se observa que son los errores propios del cartucho presurizado y que no están relacionados con la cámara. Lo que si se consigue con la utilización del cartucho presurizado con cámara es la eliminación del error de coordinación entre la dispensación de la medicación y la inhalación que es uno de los errores más frecuentes en el cartucho presurizado. Además, pese a los errores, la utilización de cámara para la administración del cartucho presurizado produce un mayor depósito pulmonar.

Algunos de los errores más frecuentes fueron comunes a todos los dispositivos y a otros estudios similares, por lo que parece que el problema no es el tipo de dispositivo sino la educación recibida (7). Se debería hacer un mayor hincapié durante la educación de la técnica inhalada en la correcta expulsión del aire pre-inspiración y en la realización de la apnea de al menos 5 segundos post-inhalación.

El mayor porcentaje de incumplimiento fue el de tipo errático que se relaciona con el olvido de la toma de la medicación. La media de edad de los pacientes con incumplimiento errático fue menor que la de aquellos con buen cumplimiento en este bloque. Esto podría explicarse porque los mayores suelen ser pacientes con mayor consumo de medicamentos y por tanto más acostumbrados a recordar las tomas.

La media de edad en el incumplimiento deliberado apenas obtuvo diferencias por lo que es necesario concienciar de la importancia del uso de los inhaladores a todos los grupos de edad.

El incumplimiento inconsciente, como era de esperar tras la revisión de bibliografía, resultó superior en población de mayor edad. Esta diferencia se explica debido a la necesidad de coordinación y destreza manual necesaria para el manejo de los inhaladores.

La adherencia encontrada en nuestra muestra sigue la tendencia de otros estudios de baja adherencia al tratamiento con inhaladores.

Conclusiones

Es necesario hacer mayor hincapié en la importancia de expulsar el aire pre-inspiración y de la apnea post-inhalación por ser los errores más frecuentes.

Se ha constatado la necesidad de reeducación debido a la mala realización de la técnica por parte de los pacientes pese a que manifiestan haber recibido educación previa en la práctica totalidad de los casos.

El tipo de incumplimiento más habitual fue el errático, seguido del inconsciente y el deliberado.

En general, la adherencia al tratamiento con inhaladores es escasa.

Bibliografía

1. Sobradillo V, Miravittles M, Jiménez CA, Gabriel R, Viejo JL, Masa JF et al. Estudio IBERPOC en España: prevalencia de síntomas respiratorios habituales y de limitación crónica al flujo aéreo. Arch Bronconeumol 1999; 35:159-166.
2. Instituto Nacional de Estadística. 2016. INEbase, estadística de defunciones según la causa de muerte. 2015 [Consultado en: 10 de febrero de 2016] Disponible en: www.ine.es/dyngs/inesbaseesoperacion.htm
3. Soriano J, Miravittles M, Borderías L, Durán-Taulería E, García F, Martínez J et al. Diferencias geográficas en la prevalencia de EPOC en España: relación con hábito tabáquico, tasas de mortalidad y otros determinantes. Arch Bronconeumol. 2010; 46(10): 522-30.
4. Vázquez Alarcón RL. Evaluación de la eficacia de dos intervenciones educativas a corto plazo sobre las técnicas de inhalación en pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Estudio Tecepoc. [Tesis doctoral] Málaga: Publicaciones y divulgación científica, Universidad de Málaga: 2014.
5. Grupo de trabajo de GesEPOC. Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de pacientes con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). Guía Española de la EPOC (GesEPOC). Arch Bronconeumol. 2012; 48 (supl 1): 2-58
6. Área de asma SEPAR, Área de enfermería SEPAR, Departamento de asma ALAT. Consenso SEPAR-ALAT sobre terapia inhalada. Arch Bronconeumol. 2013; 49(Supl 1).
7. Barnestein-Fonseca P, Leiva-Fernández J, Acero-Guash N, García-Ruiz NJ, Prados-Torres JD, Leiva-Fernández F. Técnicas de inhalación en pacientes con Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC). Eficacia de una instrucción periódica. Med Fam Andal. 2013; 1: 11-22.
8. Newman S. Improving inhaler technique, adherence to therapy and the precision of dosing: major challenges for pulmonary drug delivery. Expert Opin Drug Deliv. 2014; 11(3):1-14
9. Price D, Bosnic-Anticevich S, Briggs A, Chrytyn H, Rard C, Scheuch G. Bousquet. Inhaler competence in asthma common errors, barriers to use and recommended solutions. Resp medicine 2013; 107: 137-46.
10. Fink JB, Rubin BK. Problems with inhaler use: a call for improved clinician and patient education. Respir Care 2005; 50: 1360-75.

11. Plaza V, Sanchis J, Roura P, Molina J, Calle M, Quirce S, et al. Physicians' knowledge of inhaler devices and inhalation techniques remains poor in Spain. *J Aerosol Med Pulm Drug Deliv.* 2012; 25:16-22.
12. Gascón JA, Dueñas R, Muñoz del Castillo F, Almoguera E, Aguado C, Pérula LA. Efectividad de una intervención educativa para el uso correcto de los sistemas inhaladores en pacientes asmáticos. *Medicina de familia* 2000 1(2):132-6.
13. Gema Educadores. Manual del educador en asma. Madrid: Editorial Luzán 5; 2010.
14. Foster JM, Usherwood T, Smith L, Sawyer SM, Xuan W, Rand Cs et al. Inhaler reminders improve adherence with controller treatment in primary care patients with asthma. *J Allergy Clin Immunol.* 2014; 134:1260-8.
15. Plaza V, Fernández-Rodríguez C, Melero C, Cosío BG, Entrenas LM, Pérez de Llano L, et al. Validation of the 'Test of the Adherence to Inhalers' (TAI) for asthma and COPD patients. *J Aerosol Med Pulm Drug Deliv.* 2015 Jul 31.

Saberes y prácticas de una población rural maya con diabetes tipo 2 sobre plantas medicinales

Knowledge and practices of a rural Mayan population with type 2 diabetes on medicinal plants

Josué Medina Fernández, Isai Medina Fernández, Julia Candila Celis, Antonio Yam Sosa

Universidad Autónoma de Coahuila. Saltillo, Coahuila, México

Manuscrito recibido: 24-08-2017

Manuscrito aceptado: 23-01-2018

Cómo citar este documento

Medina Fernández J, Medina Fernández I, Candila Celis J, Yam Sosa A. Saberes y prácticas de una población rural maya con Diabetes Mellitas tipo II sobre las plantas medicinales. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). 2018 Mayo; 6 (2): 76-91.

Resumen

Objetivo

Describir los saberes y prácticas en el uso de plantas medicinales para el control de la diabetes tipo 2 en pobladores de una comunidad rural.

Método

Estudio cualitativo, con enfoque fenomenológico; participaron 8 personas con diabetes tipo 2 de una comunidad rural maya de Tekit, Yucatán, a quienes se les realizó una entrevista semiestructurada. La información fue analizada mediante el proceso cognitivo de Morse hasta la saturación de datos.

Resultados

Se obtuvo la categoría central "saberes y prácticas sobre plantas medicinales para el control y las complicaciones de la diabetes" y seis subcategorías: saberes para el control de la glucosa, prácticas tradicionales ante problemas ocasionados por la enfermedad, efectividad sanadora de las plantas, transmisión de saberes, factores que influyen en el uso y respeto a las prácticas tradicionales por los profesionales de salud.

Conclusión

La herbolaria es un factor importante para la recuperación y conservación de la salud en la población de estudio, además representa un elemento que fortalece su identidad cultural como pueblo maya yucateco, pues forma parte de su tradición. El cuidado enfermero con enfoque cultural es necesario para el entendimiento y comprensión de las prácticas de la herbolaria y se debe incorporar en la atención integral a la persona.

Palabras clave

Plantas medicinales, Diabetes Mellitus Tipo 2, Enfermería Transcultural.

Abstract

Objective

To explore the knowledge and practices that are developed from the experiences of the use of medicinal plants in people with DT2 of a Mayan community of Yucatán, Mexico.

Method

Qualitative research that took place in Tekit, Yucatán, using a semi structured survey with snowball sampling until theoretical saturation is reached. Data analysis was performed through Janice Morse's cognitive process.

Results

Theoretical saturation was obtained with eight participants. Six categories were identified. One of them refers to plants utilized has an hypoglycemia effect identifying 22 plants according to Mayan population, others refers to experience and use reasons, knowledge transfer, relations with health personnel and faith related practices.

Findings

Traditional medicine is an option of health care for the person living with type 2 diabetes in Tekit, Yucatan, Mexico due to the difficulty in attention for various factors; it could be used as a therapeutic option for the search of a cure to the disease and / or Cease symptoms. The health professional in the indigenous communities must approach a cultural understanding to be involved in self-management of health by understanding the practices and apply it in comprehensive care with a purpose of improving attention in healthcare services.

Keywords

Medicinal Plants, Diabetes Mellitus Type Two, Transcultural Nursing.

Introducción

La diabetes es una enfermedad que tiene un gran impacto en las poblaciones vulnerables debido a que ha provocado un crecimiento epidémico en los países de ingresos medios y bajos, disminuyendo en este modo los recursos familiares, así como cambios sociales y económicos (1,2). Actualmente la Diabetes Tipo 2 (DT2) es una de las enfermedades crónicas no transmisibles más comunes, formando parte de una de las cinco primeras causas de muerte y un fenómeno epidemiológico cada vez más recurrente en muchas naciones en desarrollo (3).

Según datos del 2013, 382 millones de personas en el mundo tienen diabetes, el 90% de los casos son del tipo 2 (1). En América Latina, México se sitúa como uno de los países con mayor prevalencia de esta enfermedad; la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (ENSANUT) en el 2012 identificó a 6.4 millones de adultos mexicanos con diabetes (4). En Yucatán, en esa fecha, suponía el 9.2% de la población, situándose en la media nacional (5).

Por otra parte, la medicina tradicional (MT) es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como la suma total de conocimientos, capacidades y prácticas basados en las teorías, creencias y experiencias propias de diferentes culturas, bien sean explicables o no, para mantener la salud y prevenir, diagnosticar, mejorar o tratar enfermedades físicas y mentales (6).

La herbolaria indígena constituye para los habitantes de las zonas rurales una opción para resolver sus problemas de salud, de prevención y curación de enfermedades; esto es debido principalmente a la exclusión y a la pobreza extrema en la que viven, así como por la carencia de servicios de salud públicos (7). Relacionado con lo anterior se estima que la península de Yucatán cuenta con alrededor de 2,300 especies de plantas, de las cuales 680 se han documentado con algún uso medicinal, siendo utilizadas en un 2% para el control de la glucosa (8).

La medicina tradicional según la perspectiva de los pueblos mayas se utiliza para curar o prevenir enfermedades, debido a los recursos económicos bajos, la falta de fe en la medicina hegemónica, la falta de entendimiento sobre la cultura de la población por parte del personal de salud y la escasez de medicamentos o personal que ayude a estos pueblos indígenas, siendo empleada en cualquier edad, sin importar la etapa de la vida (9).

La práctica de la medicina tradicional es dada por una persona que se encarga de resolver y curar las enfermedades utilizando remedios variados, generalmente es la madre o la abuela quienes se encargan de esta tarea, ya que son las que permanecen más tiempo en la casa. Sin embargo, el jefe de la familia juega un papel importante, sobre todo para elaborar los remedios de la medicina tradicional, ya que al tener contacto con la naturaleza le permite conocer las plantas y su utilidad.

El uso de las plantas medicinales ocasiona que la relación entre paciente-profesional de salud se modifique; Espinoza (10) refiere en su artículo sobre los principales problemas de interculturalidad aplicados al uso de la medicina alternativa, que para que pueda haber una relación simétrica debe desarrollarse una equidad mediante un proceso de valoración del otro (valorar el saber popular empírico) y la autovaloración (valorar lo que sabe).

Esta investigación no magnifica uno u otro saber, sino que plantea la percepción de salud-enfermedad y atención en salud con una visión transcultural. De igual manera se ha realizado un acercamiento social (11) que contribuye al entendimiento para una mejor atención transcultural en la comunidad, permitiendo comprender los elementos de los diferentes sistemas médicos, tanto como forma de respuesta social al fenómeno salud enfermedad, como la expresión de la diversidad cultural de la sociedad mexicana.

Objetivo

Describir los saberes y prácticas en el uso de plantas medicinales para el control de la diabetes tipo 2 en pobladores de una comunidad rural.

Método

Es un estudio cualitativo, el foco de atención se centra en entender, comprender y describir socialmente el fenómeno (12, 13); tiene un enfoque fenomenológico porque capta la experiencia vivida y comprende el concepto integrador del quehacer centrado en la persona y sus necesidades (14).

La población maya que participó en el estudio es de una comunidad rural llamada Tekit, ubicada a 58 kilómetros de Mérida, Yucatán (México), es una población vulnerable, ya que el 80.2% de sus habitantes se encuentran en esta situación y el 38.2% carece de servicios de salud públicos (15).

El tipo de muestreo fue por bola de nieve, para esto se identificaron los casos de interés, es decir, debieron ser personas mayores de edad, bilingües de lengua maya y español, llevar al menos 5 años con diabetes tipo 2 y haber mantenido el uso de las plantas medicinales un mínimo de 6 meses para el control de su enfermedad (16).

Todos los participantes del estudio viven/tienen con diabetes tipo 2, tienen entre 39 y 72 años, tienen como práctica cotidiana el uso de la herbolaria para el control de la enfermedad y todos son residentes en la comunidad de Tekit, Yucatán (México).

La recolección de datos se realizó mediante una entrevista semiestructurada, las entrevistas a los participantes concluyeron cuando los participantes dejaron de emitir información que ayudara a describir el fenómeno de estudio (17).

Una vez identificados los potenciales participantes por referencia de otros participantes se procedió a realizar una visita domiciliaria para invitarlos a participar en el estudio, así como informales sobre el propósito del mismo y los beneficios de su participación en los resultados del estudio, de igual manera se informó sobre la confidencialidad de su participación en los resultados al modificar su nombre en la transcripción y se les mencionó que podían dejar de participar si así lo decidieran sin que esta situación influyera en la atención médica del familiar o de la persona. Finalmente se procedió a dar lectura a la hoja de consentimiento informado para su conformidad y firma de participación en el estudio.

La entrevista tuvo una duración aproximadamente de una hora, se grabó por medio de una grabadora de voz para su posterior transcripción por medio de un procesador de textos para su análisis.

El rigor científico incluyó la transferibilidad, consistencia, confirmabilidad y relevancia (17). El análisis fue de tipo temático basado en el proceso Janice Morse (18-20) en el cual se presenta de manera integral para todos los métodos cualitativos; este consiste en: a) comprender: se realizó en el ambiente donde viven los participantes, así el conocimiento de los mismos se adquirió por medio del diálogo a través de la entrevista semiestructurada, b) sintetizar: posteriormente cada entrevista se transcribió de manera literal por los investigadores, se realizó una lectura detallada para identificar ideas, argumentos y temas relevantes, colocando colores para la codificación e identificación de categorías, subcategorías y temas mediante la tabla de peso categorial, c) teorizar: consistió en definir conceptualmente las categorías y subcategorías con base a los argumentos que refirieron los participantes y se contrastó con escritos de otros autores que han investigado sobre la temática. Posteriormente se transcribieron los resultados en el contexto del conocimiento, estableciendo una base de categorías bien definidas vinculándose con la teoría de enfermería transcultural de Leininger.

La validez externa del estudio, es decir la transferibilidad y consistencia (replicabilidad) se logró mediante la triangulación de datos, la cual consistió en regresar con los entrevistados para confirmar la interpretación realizada por los investigadores, también el investigador del estudio realizó una triangulación, analizando el discurso desde diversos puntos de vista con el objetivo de atribuir un verdadero significado al fenómeno, y la triangulación espacial, en la que los participantes fueron de diversos puntos de la comunidad para observar si la percepción del fenómeno era similar.

La investigación fue sometida a un comité de ética de la Secretaría de Investigación, Innovación y Educación Superior de Yucatán, los aspectos éticos se rigieron por lo establecido en el reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud, descritos en el Título quinto, capítulo único artículo 100 apartado 4 y 6, así como a la Norma oficial mexicana NOM-012-SSA3-2012, que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos (21,22).

Resultados

El propósito del estudio es describir los saberes y prácticas en el uso de plantas medicinales para el control de la diabetes tipo 2 en pobladores de una comunidad rural maya de Yucatán, México. Se presentan los resultados de acuerdo con el análisis de los argumentos emitidos por los participantes, señalando: los datos biográficos, la descripción del ambiente, el peso categorial y posteriormente se conceptualiza cada categoría con los argumentos significativos.

1. Datos biográficos

Se logró la saturación de datos con ocho participantes, seis mujeres y dos hombres con edades entre 39 y 72 años, con el diagnóstico médico de diabetes tipo 2 emitido entre 5 y 22 años, la población es bilingüe, habla lengua maya y español; 5 participantes carecen de servicios de salud públicos y todos tienen recursos económicos bajos. En cuanto a la escolaridad, cinco no asistieron a la escuela y tres poseen dos años de educación básica (primaria). Las mujeres se dedican a labores del hogar, los hombres a la carpintería y jardinería, siete son católicos y uno es cristiano; respecto al estado civil cuatro son casados, dos solteros, uno en unión libre y una persona viuda.

2. Descripción del ambiente

Las entrevistas se realizaron en la comunidad de Tekit, Yucatán; seis de las viviendas son de una única pieza de 4 metros de ancho y de largo, una ventana, puerta y paredes-techo de cemento, las otras dos viviendas cuentan con baño dentro del domicilio, todos los participantes tienen huertos donde cultivan frutas, verduras y plantas medicinales.

En relación con los factores de vigilancia del control glucémico todos los participantes carecen de glucómetro, uno estaba afiliado al servicio de atención médica pública y cuatro no contaban con servicios públicos de salud, sin embargo su control lo llevaban a cabo mediante un programa de atención médica gratuita que se ofrece en Yucatán a las personas que no tienen un seguimiento de su enfermedad; dicha atención médica se haya bajo la dirección de un centro de salud público de primer nivel, con servicios de consulta y medicina preventiva, para la atención de urgencias y hospitalización, siendo necesario para la población desplazarse a la comunidad de Aanceh, Yucatán, con una distancia aproximada de 30 kilómetros.

3. Peso categorial

Las entrevistas tuvieron una duración de 45 a 150 minutos por persona; posterior al análisis se identificó una categoría central y 6 subcategorías (**Tabla 1**).

Tabla 1. Temas, categorías y subcategorías identificadas

1. Conocimientos de las prácticas de plantas medicinales en diabetes y sus complicaciones	
Categorías	Subcategorías
1.1 Saberes sobre el uso de las plantas medicinales para el control de la glucosa.	1.1.1 Preparación, tiempo para su uso y reacciones adversas en el consumo de los remedios naturales.
1.2 Prácticas tradicionales ante problemas ocasionados por la enfermedad.	1.2.1 Cuidados tradicionales en heridas y lesiones. 1.2.2 Cuidados en problemas ocasionados en los riñones. 1.2.3 Cuidados durante las Infecciones gastrointestinales. 1.2.4 Cuidados en otras afecciones.

2. Experiencia del uso de plantas medicinales	
Categorías	Subcategorías
2.1 Efectividad sanadora de las plantas.	2.1.1 Efectos positivos para el control de la enfermedad.
2.2 Transmisión de saberes.	2.2.1 Transmisión intergeneracional de prácticas 2.2.2 Prácticas tradicionales basadas en las creencias.
2.3 Factores que influyen en el uso.	2.3.1 Deficiencia de insumos y medicamentos en los servicios de salud. 2.3.2 Repercusiones al cuerpo por medicamentos. 2.3.3 Ausencia de recursos económicos para la compra de medicamentos. 2.3.4 Carencia de los derechos a la salud.
2.4 Respeto a las prácticas tradicionales por los profesionales de salud.	2.4.1 Relaciones transculturales. 2.4.2 Relaciones interculturales. 2.4.3 Relaciones asimétricas.

Fuente: Entrevista

4. Descripción de categorías con argumentos representativos

4.1. Metacategoría 1

Saberes y prácticas sobre plantas medicinales para el control y complicaciones de la diabetes.

Es el conjunto de prácticas curativas relacionadas con una serie de conocimientos sobre plantas medicinales utilizadas para el control y restablecimiento de la salud. Se caracteriza por su existencia y continuidad a través de la tradición oral y la práctica entre las familias y gente de la población.

Categorías

Saberes sobre el uso de las plantas medicinales para el control de la glucosa.

Son los argumentos que los participantes refieren como el conocimiento adquirido para el tratamiento de la diabetes mediante el uso de la herbolaria maya, con técnicas específicas para su preparado, tiempos de consumo y reacciones adversas para mantener la salud libre de molestias ocasionadas por la diabetes.

Jorge 50 años. *"Conozco para la diabetes la hoja de zapote, se sancocha (Cocción al vapor), es para bajar el azúcar, se sancocha y se toma en un lapso de quince días y lo suspendes, lo vuelves a agarrar en quince días y lo vuelves a suspender, ya que es un poco fuerte y tiende a caer el pelo".*

Las plantas que los participantes mencionaron para curar la DT2 es la sábila, canela, orégano, árbol de zapote, cundeamor/ Kool Mol (en lengua maya), artemisa, pepino Kat, lechuga, cardo Santo, patas de Ganado/ Ts'orontok (en lengua maya), alpiste, toronja, berenjena, chíá, x-k'anlol (en lengua maya), moringa, neem. El método de preparación señalado es el licuado, cocción en agua caliente y mastrujado "yach'" [aplantar en maya].

Con respecto a la preparación, tiempo para su uso y reacciones adversas en el consumo de los remedios naturales, los participantes argumentaron que se relacionan con el proceso de elaborar un producto mediante su manejo individual o mezclas, frutos, bulbos y hojas, para la obtención de texturas pastosas o líquidas mediante el licuado, sancochado [cocción en agua en Yucatán] y mastrujado "yach'" [aplantar en maya]; mencionando el modo de preparación para su consumo (**Tabla 2**) y reacciones adversas de los remedios caseros.

Las personas refieren preparar mezclas con diversas plantas para aumentar el efecto terapéutico agregándole líquidos como agua y ron, pero de igual manera consideran los posibles efectos secundarios del consumo excesivo de los remedios, por ejemplo, una planta ocasiona caídas del cabello o diarrea.

Prácticas tradicionales entre problemas ocasionados por la enfermedad

Argumentos que se refieren a las prácticas basadas en las creencias tradicionales en las que se utilizan mezclas (o de manera individual) las plantas en forma de ungüento y sólido, tienen la función de higiene sobre la herida (antiséptica), cicatrizante, evita la diarrea (antidiarreico), disminución de la temperatura (antipirética), pérdida visual y para las nefropatías (enfermedades del riñón).

Aracelly 67 años. *"Para una herida está el x-kakaltun por que tiene como yodo, lo sancochas y lo vas lavando y la sábila también. El apazote para la infección, lo sancochas el apazote, lo licuas y lo vas pegando (en la herida) para evitar que te lo corten".*

Tabla 2. Modos de preparación de plantas medicinales más comunes referidas por los participantes.

Planta	Preparación de las plantas
Sábila (Aloe Vera)	Se corta la sábila, procurando que el centro líquido quede intacto para su ingestión. Se mezcla agua, cebolla, apio y el centro líquido de la sábila, posteriormente licuarlo, colarlo y beberlo.
Canela (Cinnamomunzeylanicum)	Ninguno (se encuentra lista para su consumo).
Toronja (Citrus x Paradisi)	Se mezcla canela, una hoja de toronja y una hoja de naranja, se sancocha, se deja enfriar y se consume fresco.
Orégano (Lippia Graveolens)	Se hierve una cantidad considera de orégano en un litro de agua, posteriormente se enfría y se consume durante el día 3 veces por semana.
Hojas de Zapote (Zanthoxylum Bombacifolium)	Se hierve, se deja enfriar y se toma durante lapsos alternado de 15 días.
Cundeamor/ Kool Mol (Mormodica Charantia)	Se sancocha [cocción en agua en Yucatán] las hojas, se deja enfriar y se consume durante el día sustituyendo al agua pura.
Artemisa (Artemisia Vulgaris)	Se aplasta muy bien la hoja, se sancocha [cocción en agua en Yucatán] y se deja enfriar.
Pepino Kat (Parmentiera Edulis DC)	Se corta un pepino en rebanadas, se le coloca un poco de limón y se consume durante el día.
Lechuga (Lactuca Sativa)	Se mezcla una copita de miel, una copita de aguardiente y se le coloca lechuga, se licua y se deja enfría. Se mezcla con dos hojas de Xkanlol, apio y lechuga, se licua con agua y se toma frío.
Cardo Santo (Cnicus Benedictus)	Se junta una porción pequeña de las hojas, se sancocha y se toma frío.
Patas de ganado (Bauhinia Forficata)	Se sancocha las hojas de Ts 'orontok, se deja enfriar y se encuentra listo para beber.
Alpiste (Phalaris Canariensis)	Se hierve el alpiste en agua caliente, posteriormente se cuele hasta tener una masa tipo manteca.
Berenjena (Solanum Melongena)	Se corta la berenjena hasta sacar la semilla, posteriormente se remoja junto con las hojas y se pone a enfriar, luego se licua, se cuele y se toma.
Chía (Salvia Hispanica)	Se remoja la planta en agua fría durante unos minutos, retirar las semillas de chía, posteriormente se cuele y se toma.
Xkanlol (Tecoma Stans)	Se hierve en un litro de agua, se deja enfriar y se toma en el transcurso del día.
Moringa (Moringa Oleifera)	Preparación uno: Se pone a secar la planta de moringa, se destapa el fruto y se retira las semillas, se sancocha, se enfría y se toma.
Neem (Azadirachta Indica)	Se mezclan las hojas de Neem con agua, se licua, se cuele y se colocan en las capsulas. (Se puede tomar dos veces al día).

Fuente: Entrevista.

4.2. Metacategoría 2

Experiencia del uso de plantas medicinales.

Categorías.

Efectividad sanadora de las plantas

Argumentos asociados a la percepción positiva durante el uso terapéutico de las plantas en el estado de salud de la persona, incluye la negación de reacciones adversas. Es decir, es la efectividad sanadora que perciben los participantes, según el uso de la planta medicinal, con base a la experiencia y percepción de la disminución de síntomas asociados con los niveles de glucosa elevada.

Los participantes refieren consumirla porque son efectivos, demostrando la efectividad con el abandono de los medicamentos para disminuir la glucosa y el consumo exclusivo de las plantas; otro grupo de personas refieren alternar por días el uso de las plantas con el de los medicamentos, en ambos grupos perciben los resultados favorables en la mejoría de su salud.

Doña Soco 63 años. *"Pues veo que sí me resulta y ayuda porque las pastillas que da el seguro ya no lo estoy tomando, porque me hace más efecto esto [la planta medicinal] que lo otro [medicamentos]"*.

Doña Rosa 72 años. *"2 meses no tome mis pastillas y me hizo efecto con las hierbas"*.

Transmisión de saberes

Son las acciones que realizan los participantes con diabetes para los cuidados familiares de enfermedades comunes mediante prácticas tradicionales, donde se enseña y aprende del conocimiento y creencias de alguno de los integrantes de la familia.

Como parte de esta categoría se encuentra la transmisión intergeneracional del conocimiento tradicional porque los participantes refieren compartir los saberes de las plantas a otras personas, mediante las enseñanzas prácticas, relatos y experiencias, con el fin de preservar las costumbres tradicionales y tener otra opción terapéutica en la enfermedad.

Así mismo los entrevistados refieren sentirse preocupados por la pérdida de estas prácticas debido a que la gente joven ya no se encuentra interesada, de igual manera agradecen a las personas que les enseñaron porque les ha ayudado mucho en su vida.

Rosa 72 años. *"Me lo enseñó la difunta de mi suegra, que en paz descanse, me decía esta hierba es medicina [medicina], gracias a ella lo aprendí, si no fuera por ella no lo aprendo, pero como ella me enseñó aprendí muchas cosas"*.

Por otra parte, la confianza del efecto terapéutico de las plantas está basada en una deidad divina, asociado a que esta deidad fue el creador, por lo que si no se tiene fe dura más el periodo de convalecencia y no hará efecto la planta utilizada.

Carmen. *"Hay que tener fe cuando tomes una planta, él [Dios] puso todas las plantas en el mundo... Jesucristo nuestro señor, pero si no tienes fe... entonces tardará la enfermedad y no tendrá un efecto terapéutico".*

Factores que influyen en el uso de las plantas

Los factores que los participantes refieren estar asociados con el uso de las plantas medicinales son: escasez de medicamentos en el sector salud, falta de recursos económicos para la compra de medicamentos de patente, privación de los derechos a la salud y daños físicos como consecuencia del consumo de medicamentos prescritos por el médico.

La escasez de hipoglucemiantes orales e insulina, de material de curas y de equipos para el automonitoreo de la glucemia ocasiona molestias que afectan al estado de salud de la persona. Uno de los participantes refiere que el motivo por el que consume la herbolaria es carecer de seguridad social.

Fernando 39 años. *"Yo lo uso ¡ja! por la falta de materiales y medicamentos en el centro de salud"*

Otro factor es el daño en la mucosa gástrica e intestinal por el consumo de medicamentos de patente, situación que se asocia a pirosis y malestar general; los participantes refieren que esta situación no se presenta con el consumo de plantas medicinales. La mayoría de los entrevistados mencionan que las pastillas prescritas por el médico les producen ardor estomacal y pérdidas de la flora intestinal, otros señalan que los medicamentos los toman con leche y cuando no hay optan por consumir los preparados herbáceos. Otro factor para el uso es la ausencia de recursos económicos para la compra de medicamentos y consulta especializada.

Jorge 50 años. *"Las cosas naturales son mejores por qué no te lastiman la flora intestinal y ni estómago, en cambio las pastillas del seguro te las destruyen"*

Gilda 67 años. *"La mera verdad, aunque muchas personas quisieran ir a otro lado a consultar, la verdad muchos no tienen [dinero], por lo que es más fácil utilizar las plantas"*

Otro factor es el sometimiento de la mujer por el hombre, lo que se refleja en que este no permite que la esposa acuda al médico por el hecho de ser del sexo opuesto. Ante esta situación, la mujer opta por el uso de plantas medicinales.

Gilda 67 años. *"También lo uso porque hay muchos hombres, discúlpame las palabras, que son muy ignorantes, porque a veces mi esposo no me dejaba ir a revisar por el doctor solo porque es hombre".*

Respeto a las prácticas tradicionales por los profesionales de salud

En esta categoría se hizo evidente tres tipos de relaciones entre los participantes y los profesionales de salud: **la transcultural, intercultural y asimétrica.**

La **transcultural** es la relación de los profesionales de salud con servicios holísticos, que apoyan y facilitan a las personas con diabetes en la modificación de sus estilos de vida conjuntamente con las creencias culturales para conseguir cambios mayores en su salud; varios de los participantes refieren que, durante la consulta médica, se les sugiere seguir consumiendo las plantas medicinales debido a que se complementa los efectos terapéuticos con la medicina de patente.

Gilda 67 años. *Cuando fui a consultar me dijo el médico que si tengo la planta de orégano que yo lo sancoche para tomar hasta 3 veces por semanas y que también tome mis medicamentos*

La relación **intercultural** se manifestó con el entendimiento y la empatía del personal de salud con el uso de la medicina alternativa, sin embargo, lo respeta pero no proporciona un tratamiento basado en la cultura, por lo tanto, no permite la coexistencia de la medicina occidental y medicina tradicional para obtener el control de la glucemia.

Emilia 76 años. *"El doctor no me dice nada, dice que está muy bien, dice mientras no te perjudique doña Emilia hágalo, no me dice nada"*

Y por último, la relación **asimétrica**, se manifestó por la falta de entendimiento del profesional de salud con las creencias del participante, así como por el desconocimiento de las propiedades medicinales de las plantas. Esta situación originó un mal trato y desacuerdo en la población rural maya. Los profesionales de salud hacen referencia a efectos negativos de las plantas, recalcan el uso de medicamentos de patente y manifiestan una actitud de rechazo al uso de la herbolaria.

Rosa 72 años. *"Una vez le dije al doctor que consumo las hierbas y me dice el doctor que no lo debo de tomar, entonces se molestó el doctor porque se lo dije, y entonces me dice, entonces eres más doctor que yo"*

Discusión

Las características biográficas de la población son las de un grupo vulnerable, la media de edad es mayor a los 60 años, en su mayoría no tienen estudios escolarizados, ni un trabajo no remunerado, de igual manera carecen de seguridad social (23).

Los conocimientos que se encuentran concentrados en adultos mayores en la actualidad se están perdiendo.

De los remedios que señalaron los participantes, se han comprobado algunos con efectos hipoglucemiantes, entre ellos se encuentra la sábila, canela, orégano, miel, pepino kat, cáscara de naranja, patas de ganado, alpiste, toronja, berenjena, chía, X- k'anlol, moringa y neem; otras como el cundeamor y la lechuga no tienen un efecto hipoglucemiante potente, es decir disminuyen en menor medida el nivel de glucosa (24, 25).

La efectividad medicinal de las plantas está relacionada con experiencias positivas y negativas vividas por los participantes, es decir, se supo si funciona o no a partir del cese de la sintomatología, sin embargo, se valoró que al menos haya habido visitas de control con el médico y este haya confirmado la mejoría mediante la revisión de sus análisis sanguíneos y observación de la hemoglobina glucosilada. Esto se puede observar en el estudio realizado en Veracruz y Ciudad de México a personas con diabetes, comentando que la utilización de las plantas medicinales se relaciona con las experiencias personales; cuando el resultado es positivo se siguen usando, en caso de no obtenerse el efecto esperado o al presentarse reacciones secundarias se suspende su uso (26).

Los factores que influyen para el uso de las plantas medicinales están asociados a la poca economía familiar, a la escasez de recursos materiales y humanos de los servicios de salud, a las repercusiones en el cuerpo y violencia a los derechos a la salud. En este sentido, el Centro de Investigación Científica de Yucatán (CICY) refiere que la práctica de la medicina tradicional representa una alternativa para la población de escasos recursos económicos (25) siendo este el factor determinante para su uso.

Los hallazgos señalan que el empleo de la herbolaria medicinal no hace daño si esta es controlada, jugando un papel importante en la producción de nuevos conocimientos de las plantas medicinales a través del empleo del estudio científico de las mismas (26).

Con relación al uso de las plantas medicinales, este cayó en desuso con el advenimiento de los medicamentos de patente, sin embargo, frente la inaccesibilidad a los servicios de salud, la crisis que el sistema de salud enfrenta, la falta de provisión de medicamentos, costos elevados y limitación económica para su compra, propinó el resurgimiento del interés por el uso de la herbolaria como alternativa terapéutica (27).

Con respecto a las relaciones del profesional de salud con la persona con diabetes, (estas relaciones dependen de si las personas adaptan el modelo hegemónico en su tratamiento) predominó la relación intercultural y asimétrica; tras lo referido por las personas, se entiende que las relaciones interculturales y transculturales facilitan la adaptación del modelo tradicional y hegemónico como tratamiento, comparado con el asimétrico que lo único que forma es una barrera bidireccional. Por ello es necesario comprender el contexto de la persona con diabetes desde su perspectiva, para entender qué es la salud y la enfermedad desde su propio enfoque cultural y particular.

Las escuelas de ciencias de la salud forman en ocasiones profesionales que se encuentran separados de la realidad social y específica de las comunidades; se requiere que la expectativa de la práctica real sea orientada a las necesidades de las comunidades y no solo esté confinada al conocimiento científico (28).

Conclusión

La herbolaria es una opción para el cuidado a la persona que vive con diabetes tipo 2 en Tekit, Yucatán, debido a la dificultad en la atención por diversos factores, la utilizan como opción terapéutica para la búsqueda de la curación de la enfermedad y/o cese de los síntomas. Los hallazgos de la investigación señalan que los saberes, prácticas y transmisión son fundamentales para preservar la tradición ya que representan un gran potencial para mejorar las condiciones de salud de una gran parte de la población, no solo de atención primaria, sino también ante importantes problemas de salud pública como la diabetes.

La importancia del estudio radica en preservar los conocimientos tradicionales, en especial la herbolaria medicinal, de los cuales disponen los pueblos originarios para atender sus problemas de salud. Sumado a que se pueden realizar ensayos clínicos con las plantas identificadas por la población de estudio y a partir de estas generar nuevas alternativas de tratamiento.

Por otra parte, las experiencias del uso son positivas para las personas al percibir el efecto o cese de sintomatología de su enfermedad, de igual manera se relacionan con la atención del profesional de salud, existiendo una violación de los derechos humanos de los pueblos indígenas al evitar el uso de la herbolaria.

Con los resultados del estudio, se puede sensibilizar a los trabajadores de la salud, así como enseñar la transculturalidad y no la interculturalidad, con el fin de mejorar la atención de salud y mantener un control de salud de los pueblos indígenas. El profesional de salud encuentra una opción en mejorar la comunicación al utilizar el diálogo de saberes, por lo que se aproxima más a una atención humanística, con el objetivo de promover en las comunidades la autogestión para el mejoramiento de la salud (10). Este se logrará mediante el entendimiento de sus prácticas, creencias y costumbres para hacer posible el intercambio del conocimiento, el cual genere en la comunidad prácticas de vida saludable y búsqueda oportuna de atención en salud, es así donde probablemente se podrá cerrar la brecha cultural entre el profesional de salud y las personas (28).

"La importancia del estudio radica en preservar los conocimientos tradicionales, en especial la herbolaria medicinal, de los cuales disponen los pueblos originarios para atender sus problemas de salud"

Bibliografía

1. Federación Internacional de Diabetes. Atlas de Diabetes [Internet]. 2013 [Consulta 14 de febrero 2016]. Disponible en:
http://www.fmd diabetes.org/fmd/des/SP_6E_Atlas_Full.pdf.
2. Federación Internacional de Diabetes. Diabetes: Un Problema Mundial De Salud Y Desarrollo [Internet]. 2010 [Consulta el 16 de junio de 2016]. Disponible en: www.idf.org.
3. López Ramón C, Ávalos García MI. Diabetes mellitus hacia una perspectiva social. Rev Cuba Salud Pública [Internet]. 2013 [Consulta el 24 de mayo 2017];39(2):331-45. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662013000200013&lng=es&nrm=iso&tlng=es
4. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Instituto Nacional de Salud Pública. 2012.
5. Instituto Nacional de Salud Pública. Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados por entidad federativa, Yucatán. 2013. p 44-65.
6. Organización Mundial de la Salud. Estrategia de la OMS sobre medicina tradicional 2014-2023 [Internet]. 2013 [Consulta el 12 de mayo 2017]. Disponible en:
<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s21201es/s21201es.pdf>
7. Tukari. Medicina tradicional indígena: efectividad a prueba. Tukari Espac Comun Intercult 2011;3(16):4,5,10.
8. Méndez-González ME, Durán-García R, Campos-Bobadilla SM, Dorantes-Euán A. Flora medicinal. Biodivers y Desarro Hum en Yucatán 2010;349-352.
9. Durán R, Méndez M. Medicina tradicional y las plantas medicinales en el contexto anual. Desde el Herb CYCY 2015;(7):165-168.
10. Espinosa L, Ysunza A. Diálogo de saberes médicos y tradicionales en el contexto de la interculturalidad en salud. Ciencias la Salud Humanas. 2010;16(3):293-301.
11. Moreno J, Osorno J, Magda A. La medicina tradicional mexicana en el plan de estudios de la carrera de Médico Cirujano de la ENEP Zaragoza. Rev Mex Educ Médica. 1990;1(1):45-7.
12. Moreno N, Leitón Z. El cuidado en salud desde los saberes tradicionales de la persona adulta mayor. 1 Ed. Universidad de Guanajuato; 2014: 71.
13. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio M. Metodología de la Investigación. 5 Ed. McGraw-Hill; 2010: 143-613.
14. Kvale S. La entrevista en investigación cualitativa. Morata, editor. España; 2014:12.
15. Secretaria de Desarrollo Social. Informe anual sobre la situación de pobreza y rezago social: Tekit, Yucatán. 2010.
16. Robles B. La entrevista en profundidad: una técnica útil dentro del campo antropológico. Cuicuilco [Internet]. 2011 [Consulta el 12 de junio de 2016]; 18(52):39-49. Disponible en:
<http://www.redalyc.org/resumen.oa?id=35124304004%5Cnhttp://www.redalyc.org/articulo.oa?id=35124304004%5Cnhttp://www.redalyc.org/pdf/351/35124304004.pdf>

17. Noreña AL, Alcaraz N, Rójas JG, Rebolledo D. Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. *Aquichan* [Internet]. 2012 [Consulta el 12 de mayo de 2017]; 12(3):263–74. Disponible en:

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=8&sid=785c7e33-118b-4105-9a80-269c2c03d7fc@sessionmgr110&hid=122#>

18. Morse J. Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa. Universidad de Antioquia. 2005: 64-74.

19. Chaires M, Candila J, Yam A. Conocimientos y cambios originados en las personas a partir de vivir con diabetes tipo 2. Universidad Autónoma de Yucatán. 2015.

20. Can I, Echeverría R, Yam A. Significado de la experiencia de vivir con diabetes tipo 2 en Tizimín, Yucatán: preocupaciones y temores. Universidad Autónoma de Yucatán. 2014.

21. Diario Oficial de la Federación. Ley general de salud. SISTA, editor. México. 2012: 76,77.

22. Diario Oficial de la Federación. NOM-012-SSA3-2012 Que establece los criterios para la ejecución de proyectos de investigación para la salud en seres humanos. [Internet]. 2012 [Consulta 23 febrero 2017]. Disponible en:

http://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5284148&fecha=04/01/2013

23. Magaña-Alejandro M, Gama-Campillo L, Mariaca-Méndez R. El uso de las plantas medicinales en las comunidades Maya-Chontales de Nacajuca, Tabasco, México. *Polibotánica* [Internet]. 2010 [Consulta el día 17 de julio 2016];(29):213–62. Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-27682010000100011&lng=es&nrm=iso&tlng=es

24. Ooi C, Yassin Z, Hamid T. *Momordica charantia* for type 2 diabetes mellitus. *Cochrane Databases Syst Rev* [Internet]. 2012 [Consulta el día 14 de junio 2016]; 15(8). Disponible en:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22895968>

25. Shaik N, Ko E, Prakash C, Mi J, Won S, Lee D, et al. Hypoglycemic effects of fruits and vegetables in Hyperglycemic Rats for prevention of Type-2 Diabetes. *Korean J Hortic Sci Technol* 2010;28(5):850–856.

26. Arganis E. Las otras prácticas de atención a la diabetes [Internet]. Facultad de Medicina UNAM, Escuela Superior de Medicina, IPN. 2003 [Consulta el 16 de junio 2017]. p. 10. Disponible en: <http://www.geocities.ws/congresoprograma/10-4.pdf>

27. Magallanes M, Carrillo A, Ponce B. Herbolaria: alternativa terapéutica en diabetes mellitus. *Usos y costumbres. CienciaCierta* 2013;(34):13–15.

28. Romero Torres M. La transculturalidad es parte de la evidencia del cuidado de enfermería. *Bibl las Casas* 2008; 5–8.

