

VOLUMEN
40

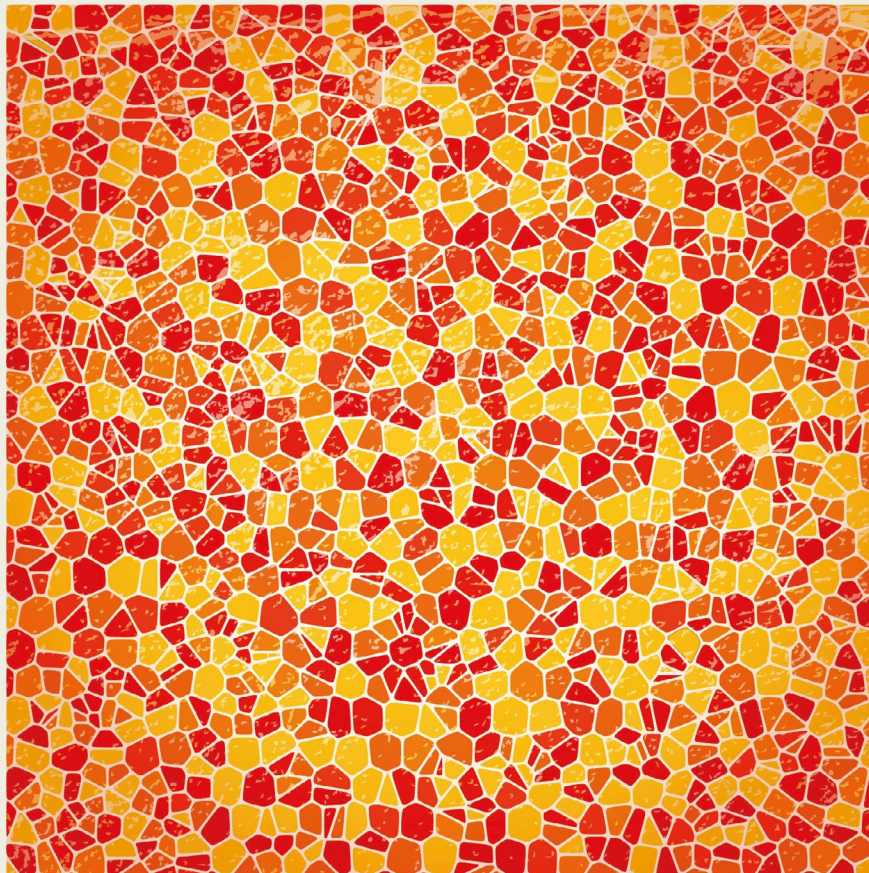
TOMO
3

Revista científica del Colegio de Enfermería de Sevilla

ISSN: 1576/3056

Septiembre/diciembre de 2023

HYGIA DE ENFERMERÍA



AndalBrok con la **Enfermería** de Sevilla

Desde
1 Enero

Ahora los colegiados del **Colegio de Enfermería de Sevilla** tienen a su disposición los servicios de **AndalBrok Correduría de Seguros** para el asesoramiento y gestión de sus pólizas de seguros.



Independencia

Trabajamos con **más de 50 aseguradoras**, lo que garantiza nuestra **independencia** y nos permite ofrecer las mejores soluciones a nuestros clientes.



Innovación

Desde la digitalización de nuestros servicios hasta la **personalización de pólizas**, estamos siempre a la vanguardia para brindar **soluciones innovadoras** y adaptadas a tus necesidades.



Despreocúpate

En **AndalBrok** nos ocupamos de analizar cuáles son tus necesidades reales y de ofrecerte las mejores y más competitivas soluciones aseguradoras. Nuestro compromiso es proporcionarte **la tranquilidad y seguridad, de sentirte acompañado** ante los imprevistos.

2 de Mayo
INAUGURAMOS
local en la sede
del Colegio



EDITA

Excmo. Colegio Oficial de Enfermería de Sevilla

DIRECTOR

Jorge Romero Martínez

CONSEJO DE REDACCIÓN

Coordinadora editorial

Mercedes Terrero Varilla

Ana María Moltó Boluda

Comité editorial

Ana Magdalena Vargas Martínez

Marta Lima Serrano

Raquel Martín Martín

Rocío Romero Serrano

Rocío Cordero Rodríguez

SECRETARIA DE REDACCIÓN

Charo Navarro

TIRADA

1.500 ejemplares

ISSN

1576/3056

DEPÓSITO LEGAL

SE-470-1987

SOPORTE VÁLIDO

Publicación autorizada por el Ministerio de Sanidad
y Consumo con referencia S.V. 88032 R.

REDACCIÓN

Avda. Ramón y Cajal, 20

Tel.: 954 933 800

Fax: 954 933 803

Sitio web: www.colegioenfermeriasevilla.es

Correo electrónico: colegio@eco.es

ENVÍO DE ARTÍCULOS

hygia@eco.es

DISEÑO Y MAQUETACIÓN

Juan José Sánchez

FOTOMECÁNICA E IMPRESIÓN

Tecnographic, S.L.



EXCMO. COLEGIO OFICIAL DE
ENFERMERÍA DE SEVILLA

Reservados todos los derechos. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida total o parcialmente por medio alguno, electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabaciones, tratamiento informático o cualquier otro, sin permiso por escrito de la editorial.

La revista HYGIA no se hace responsable necesariamente del contenido de los artículos publicados, correspondiendo dicha responsabilidad a los autores de los mismos.

La revista Hygia de Enfermería está incluida en las bases de datos CUIDEN, DIALNET y ENFISPO.

EDITORIAL

104 Reflexiones sobre el futuro de los cuidados no profesionales

Ana María Moltó Boluda

CASOS CLÍNICOS / CLINICAL CASES

106 Abordaje de un hematoma subcutáneo desde atención primaria: aplicación de técnica Roviralta en diferido

Approach to a subcutaneous hematoma from Primary Healthcare: deferred application of the Roviralta Technique

Adrián García Montero, Esperanza Ojeda Bernal, Elisa Bolívar Gilpérez y Fátima Mena Cabezas

REVISIONES / REVIEWS

110 Correcta manipulación de fármacos citostáticos y medidas de prevención en el personal de enfermería

Correct handling of cytostatic agents and preventive measure in nursing staff

Laura María Fernández Raya y Rafael Arroyo Priego

116 Causas y consecuencias de la desigualdad de género en salud mental. Una revisión bibliográfica

Causes and consequence of gender inequality in mental health. A bibliographic review

Carmen Machuca Gutiérrez y José Miguel Pérez Jiménez

ARTÍCULOS ESPECIALES / SPECIAL ARTICLES

123 Píldora metodológica: El Estudio de Caso como diseño de investigación cualitativa en Enfermería

Methodological note: The Case Study as a qualitative research design in Nursing

Aintzane Orkaizagirre Gómara y Almudena Arroyo Rodríguez

126 Revisión de la literatura sobre el afrontamiento de la ansiedad en víctimas de acoso laboral

Literature review on anxiety management for mobbing victims

Andrea González Castillo, Celia Gálvez López, Laura Amuedo Morales, Nuria Velasco Pedrosa y Carlos Jado Tena

132 El sentido de acreditarse

Usefulness of the professional skills accreditation

Mercedes Terrero Varilla

CARTAS AL DIRECTOR / LETTERS TO THE EDITOR

134 Matronas en peligro de extinción

María José Remesal Prieto y Cristina Quirós Córdoba

AREA INVESTIGACIÓN Y PERFECCIONAMIENTO

136 III Plan de Investigación ICOES (2024)

Reflexiones sobre el futuro de los cuidados no profesionales

Ana María Moltó Boluda

Enfermera comunitaria

Los avances científicos y el incremento de los hábitos de vida saludable han definido un aumento en la longevidad de las personas que, en algún momento de sus vidas, precisaran ayuda para realizar las actividades básicas de la vida diaria. Por el contrario, cada vez son menos las personas con posibilidades de prestar cuidados, entre otros motivos, por la baja natalidad, el aumento de la incorporación de las mujeres al trabajo productivo, cambios en la estructura familiar y el poco reconocimiento que se da a estos cuidados. Estos hechos hacen pensar que los cuidados y el estado de bienestar del que disponemos en nuestro país, no se podrán mantener en un futuro¹.

Los cuidados en nuestra sociedad se articulan entre el sistema informal, cuyas principales características de estos cuidados son: el no ser remunerados, prestarse en la esfera de lo privado, depender de una relación afectiva y/o moral y que se naturalizan como propios del sexo femenino, esto hace que no se valoren, que se invisibilicen y que carezcan de reconocimiento social, y el sistema formal que se articula desde el Estado a través de fuentes institucionales y servicios profesionalizados, que incluyen tanto a los servicios sanitarios como a los servicios sociales². Con la mayor incorporación de las mujeres al mercado laboral productivo con altos salarios, a finales de los años noventa, se produce en España un fenómeno de migración femenina, particularmente desde América Latina y posteriormente de los países del este de Europa, desempeñando estas mujeres, roles como trabajadoras del hogar, cuidadoras de personas mayores o niñeras³. Estos cuidados, siendo remunerados, se podrían considerar cuidados formales, pero hay que tener en cuenta que en la mayoría de casos no son profesionales de la salud y que estos cuidados son los que prestarían a su propia familia si la precariedad económica y laboral no las hubiera impulsado a emigrar a otros países.

Algunas sociedades científicas recomiendan no referirnos a los cuidados no remunerados como cuidados informales, pues entienden que es una manera peyorativa de referirnos a ellos y sugieren llamarlos cuidados familiares. Eso no es del todo cierto pues, aunque fundamentalmente estos cuidados se prestan dentro del ámbito familiar (casi el 90% del tiempo total de cuidado recae sobre la familia)⁴, también son cuidados no

remunerados los prestados por apoyos vecinales y amistades, por lo que sería más correcto llamarlos cuidados no profesionales o no remunerados⁵.

El principal pilar de los cuidados no profesionales es la familia y las mujeres que la componen, pues son ellas las que más tiempo dedican a los cuidados de los demás miembros familiares, vinculadas a esta prestación por una cultura de género basada en la división sexual del trabajo^{6,7}. El aumento de la incorporación de la mujer al trabajo remunerado, la falta de corresponsabilidad efectiva en los cuidados entre hombres y mujeres (pues aunque los hombres se incorporan cada día más a los cuidados de las criaturas, esta prestación se da en menor medida cuando los cuidados los requieren personas mayores), o el derecho de las mujeres a "no cuidar"⁷, unido a una crisis económica que afecta tanto al sistema formal de cuidados (cambios en la ley de Dependencia, precariedad y falta de profesionales sanitarios) como al sistema de cuidados no profesionales (inseguridad económica y laboral, aumento del individualismo en la sociedad, desapego familiar, etc.)⁸, exigirán en un futuro, reforzar la economía, reformar las formas de organización social, potenciar la corresponsabilidad entre hombres y mujeres, promover la implicación de las generaciones jóvenes, aumentar las prestaciones públicas y los cuidados profesionales¹, para asegurar la continuidad de estos cuidados no profesionales.

Desde nuestro ámbito se hacen necesarios estudios que apoyen reformas en las políticas públicas, pues el papel del Estado en la provisión de cuidados es fundamental, implementando políticas sensibles al género que puedan garantizar los recursos esenciales para mantener la atención no profesional de una manera duradera, universal, igualitaria y equitativa⁹. Estudios que den visibilización y reconocimiento a estos cuidados por el impacto que supone en la vida de las personas y en la economía micro y macro de un país. Al igual que se hace necesario la formación específica de enfermeras que lideren los cuidados formales en instituciones socio-sanitarias y en los hogares, dando apoyo tanto a la persona que precisa de cuidados como a las personas que se lo prestan, incorporando la perspectiva de género en todas nuestras actuaciones.



BIBLIOGRAFÍA

1. Durán MA. La riqueza invisible del cuidado. Valencia: Universitat de Valencia. Servei de publicacions, Col·lecció Honoris Causa; 2018. p 481-489
2. García Calvente MM, Mateo Rodríguez I, Gutiérrez Cuadra P. Cuidados y Cuidadores en el sistema informal de salud. Granada: EASP; 1999. p 24-25.
3. Díaz M, Martínez R. Mujeres migrantes y trabajos de cuidados: transformaciones del sector doméstico en España. Panorama social. 2018; 1(27):105-18.
4. Rogero García J. Distribución en España del cuidado formal e informal a las personas de 65 y más años en situación de dependencia. Rev. Esp. Salud Pública. 2009; 83(3): 393-405.
5. Yanguas Lezaun JJ, Leturia Arrazola FJ, Leturia Arrazola M. Apoyo informal y cuidado de las personas mayores dependientes. Papeles del Psicólogo. 2000;(76):23-32.
6. García Calvente MM, Mateo Rodríguez I, Maroto Navarro G. El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. Gac Sanit. 2004; 18(5):83-92
7. Esteban ML. Cuidado y salud: costes para la salud de las mujeres y beneficios sociales. Género y cuidados: algunas ideas para la visibilización, el reconocimiento y la redistribución. En: Actas del Congreso Internacional Cuidar cuesta: costes y beneficios del cuidado. Donostia. 2003. p.13-14.
8. Ezquerro S. Acumulación por desposesión, género y crisis en el Estado español. REC. 2012; 14(2):124-147
9. García Calvente MM, Del Río Lozano M, Castaño López E, Mateo Rodríguez I, Maroto Navarro G, Hidalgo Ruzzante N. Análisis de género de las percepciones y actitudes de los y las profesionales de atención primaria ante el cuidado informal. Gac Sanit. 2010; 24(4):293-302.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Moltó Boluda AM. Reflexiones sobre el futuro de los cuidados no profesionales. *Hygia de Enfermería*. 2023; 40(3): 104-105

Abordaje de un hematoma subcutáneo desde atención primaria: aplicación de técnica Roviralta en diferido

Approach to a subcutaneous hematoma from Primary Healthcare: deferred application of the Roviralta Technique

Adrián García Montero^A, Esperanza Ojeda Bernal^B, Elisa Bolívar Gilpérez^C y Fátima Mena Cabezas^D

^A Enfermero de Práctica Avanzada en Heridas Crónicas Complejas (EPA-HCC). Distrito Sevilla. Experto universitario y especialista en enfermería familiar y comunitaria.

^B Enfermera asistencial. Centro de salud Cisneo Alto-Las Naciones. Distrito sanitario Sevilla.

^C Enfermera de Práctica Avanzada en Heridas Crónicas Complejas (EPA-HCC). Distrito Sevilla.

^D Enfermera asistencial. Centro de salud Cisneo Alto-Las Naciones. Distrito sanitario Sevilla.

RESUMEN

Los hematomas subcutáneos que afectan a grandes vasos, por sus grandes dimensiones, pueden generar lesiones que provocan isquemia, riesgo de infección por necrosis de zonas adyacentes y, por ende, extensión de la lesión. Una de los tratamientos posibles para resolver dichos hematomas es la técnica Roviralta. Se presenta el caso de una mujer de 79 años que presenta una colección hemática de 22,4 x 7,0 x 5,6 cm (aprox. 450 cc) en forma de hematoma subcutáneo rígido con tejido seco en el miembro inferior izquierdo. El abordaje se basó en la técnica Roviralta aplicada de una manera diferida, con el fin de evacuar el hematoma subcutáneo ya instaurado: se utilizó irrigación de heparina de bajo peso molecular (HBPM) junto con hidrofibras de hidrocoloide. De esta forma, la eliminación del contenido hemático del hematoma fue efectiva gracias a la técnica aplicada, a la limpieza y al desbridamiento, por lo que se pudo apreciar a las 2 semanas el fondo del lecho y las paredes de la lesión e impedir que la lesión se extendiera.

PALABRAS CLAVE

técnica roviralta, hematoma, enfermería, atención primaria de salud

ABSTRACT

Subcutaneous hematomas that sprout into large vessels, due to their large dimensions, can generate lesions that cause ischemia, risk of infection due to necrosis of adjacent areas and extension of the injury. One of the possible treatments to resolve these hematomas is the Roviralta technique. We present the case of a 79-year-old woman who presented a blood collection of 22.4 x 7.0 x 5.6 cm (approx. 450 cc) in the form of a rigid subcutaneous hematoma with dry tissue in left lower limb. The approach was based on the Roviralta technique applied in a delayed manner, in order to evacuate the already established subcutaneous hematoma: low-molecular-weight-heparin (LMWH) irrigation was obtained together with hydrocolloid hydrofibers. In this way, the elimination of the blood content of the hematoma was effective thanks to the applied technique, cleaning and debridement, so that the wound bed could be appreciated after 2 weeks and prevented the injury would spread.

KEYWORDS

roviralta technique, hematoma, nursing, primary health care

INTRODUCCIÓN

Los hematomas subcutáneos son heridas agudas cerradas que suelen ser secundarias a un traumatismo al romperse los vasos sanguíneos y filtrar su contenido dentro del espesor del tejido blando que se encuentra bajo la piel. Si afecta a grandes vasos o pacientes con coagulopatías, podrían aparecer hematomas de gran tamaño tanto profundos como superficiales. Esto precisa un correcto abordaje que priorice la limpieza y el drenaje del hematoma, pues aumenta la presión a nivel dérmico

y subdérmico provocando isquemia y riesgo de infección por necrosis de zonas adyacentes. Dicha necrosis puede abrirse al exterior en forma de lesión ulcerativa, pudiendo tener meses de evolución y suponiendo una merma en la calidad de vida del paciente, un incremento de la sobrecarga asistencial y de los costes económicos en recursos.

La técnica Roviralta¹ fue descrita en 2008 por el enfermero Santiago Roviralta. Se postula como una alternativa terapéutica y aborda el drenaje de los hematomas subcutáneos aplicando una incisión para la posterior evacuación del hematoma e irrigación de la cavidad con 4000-6000 UI de Heparina de Bajo Peso Molecular (HBMP). De esta manera, se consigue la licuación de los restos hemáticos, siendo necesario dejar un drenaje para seguir realizando irrigaciones posteriores hasta su completa resolución^{3,4}.

FECHA DE RECEPCIÓN: 15/9/2023

FECHA DE ACEPTACIÓN: 24/10/2023

Correspondencia: Adrián García Montero

Correo electrónico: adgamont@gmail.com

Figura 1



El objetivo de este trabajo es exponer la aplicación de la técnica Roviralta en diferido, pues en este caso clínico se aborda un hematoma masivo tardío en el tiempo, cuando ya se ha instaurado y se presenta en forma de tejido necrótico duro compuesto por coágulos de sangre. La aplicación en este caso de la técnica Roviralta difiere en lo estructural pero no en lo esencial, la aplicación HBPM para lograr la dilución de los coágulos.

PRESENTACIÓN Y EVOLUCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Historia clínica

Mujer de 79 años que presenta las siguientes patologías como antecedentes personales: HTA, valvulopatía mitraoártica y Enfermedad Renal Crónica estadio G5 en hemodiálisis. Presenta un nivel de dependencia severo en cuanto a las actividades básicas de la vida diaria, resultando en una puntuación Barthel de 55. Tiene una buena red familiar, siendo su marido el principal cuidador y no presentando, según la escala Zarit, sobrecarga del esfuerzo del rol del cuidador⁵.

Valoración inicial del caso

La paciente acude el día 27/06/2022 a Urgencias del hospital por bultoma y dolor en miembro inferior izquierdo (MII) tras traumatismo el día anterior. Realizan drenaje quirúrgico de flictena hemorrágica y se da alta con indicaciones. El 02/08/2022 acuden a Urgencias nuevamente por bultoma. A la exploración encuentran colección hemática de 22,4 x 7,0 x 5,6 cm (aprox. 450 cc), que tras estudio angio-TC se objetiva hematoma con un sangrado activo de una rama de la arteria

Figura 2



femoral superficial (a nivel del tercio medio del muslo). Se realiza arteriografía selectiva con embolización y se va de alta el día 10/08/2022.

Por las características de la lesión, se decidió contactar con Enfermera de Práctica Avanzada en Heridas Crónicas Complejas (EPA-HCC) de Distrito Sevilla para realizar un abordaje conjunto. A la llegada al domicilio el día 22/08/2022, se aprecia gran hematoma subcutáneo desecante con lecho necrótico seco en MII que abarca la zona interna del muslo, de unos 20 cm x 10 cm, sin poder clasificar la profundidad. La piel perilesional se encuentra con eritema y con restos de hematoma en resolución (Imagen 1A). Posteriormente a esta visita, la enfermera de familia y comunitaria reportaba semanalmente la evolución de las lesiones a la EPA-HCC.

Diagnóstico NANDA: 00044 Deterioro de la integridad tisular

Plan de cuidados y evolución

Se abordó la lesión desde el concepto TIME⁶ y desde los principios de la cura húmeda. Se emplearon los criterios de resultado NOC “[1103] Curación de la herida: por segunda intención” y “[1842] Conocimiento: control de la infección” e intervenciones NIC “[3660] Cuidados de las heridas” y “[6550] Protección contra las infecciones”.

El primer objetivo que se planteó fue la eliminación del lecho necrótico, compatible con restos hemáticos coagulados. Para esto, el abordaje se basó en la técnica Roviralta aplicada de una manera diferida, con el fin de evacuar el hematoma subcutáneo ya instaurado: se realizaron pequeños cortes en la placa y se utilizó irrigación de heparina de bajo peso molecular

Figura 3



(HBPM) junto con hidrofibras de hidrocólido. Para la gestión del exudado se utilizaron compresas y vendaje cohesivo sin compresión. De esta manera se licuan los coágulos sanguíneos, favoreciendo su limpieza y desbridamiento (Imagen 1B). Este tratamiento se mantuvo durante 2 semanas con curas cada 24-48 horas, tiempo en el que se consiguió la paulatina eliminación del tejido necrótico y se pudo apreciar el fondo del lecho y las paredes de la lesión (Imagen 1C-1D). Se apreció también una importante cavitación hacia la zona superoexterna de la lesión.

Una vez eliminado todo el tejido necrótico, se puede apreciar fondo con tejido esfacelado. Además, se detectaron signos de infección: aumento del exudado, calor y ligero edema perilesional, mal olor y fiebre, por lo que se pautó antibioterapia por vía oral (Sulfametoxazol y Trimetoprima). Nuestro objetivo pasó a ser la eliminación del tejido esfacelado y el control de la infección. Para ello acordamos, junto al tratamiento antibiótico, empezar a utilizar un apósito de cadexómero yodado como desbridante y antimicrobiano con curas cada 48 horas. Para gestionar el exudado, continuamos con alginato, compresas y vendas cohesivas. De esta forma, vemos (Imagen 2A-2B) que tras dos semanas de tratamiento se pudo apreciar una disminución característica del tejido desvitalizado en pos de un aumento significativo del tejido de granulación. Asimismo, se ha conseguido un relleno progresivo de la cavidad y un acercamiento a la línea de la piel.

Las curas continuaron aplicando simplemente espuma de poliuretano con base de silicona para gestionar el exudado, ya que se apreciaba en su totalidad tejido de granulación y no había signos de infección. Sin embargo, a la semana de esta pauta de cura se apreció un tejido de hipergranulación friable. Ya en la imagen 2C se podían apreciar inicios de desarrollo de tejido de hipergranulación, aunque se mantuvo en vigilancia hasta que tuviera signos más claros (imagen 2D). La actitud mantenida ante esta complicación fue pensar en un exceso de humedad y a una infección subclínica no resulta, además de una fase inflamatoria mantenida en el tiempo. Por ello, se decidió establecer un tratamiento antimicrobiano en primer lugar. Se optó por cambiar la espuma de poliuretano por alginato con iones de plata. De esta forma, se pudo vislumbrar mejoría con desaparición del tejido hipergranulado a los 9 días del tratamiento aproximadamente.

En este momento, empieza a observarse tejido de epitelización desde los bordes de la herida y una reducción del nivel de exudado. El aspecto a controlar aquí es la gestión adecuada de dicho exudado, el cual se hizo con espumas de poliuretano con borde de silicona con 1-2 curas semanales. La herida avanzó en cuanto a epitelización, como puede apreciarse en las 3A-3F hasta su completa resolución el 13/12/2023. Una vez epitelizada la lesión, se dieron una serie de recomendaciones a la paciente encaminadas a aumentar su autonomía y a la prevención de cicatrices patológicas.

DISCUSIÓN

La aplicación de la técnica Roviralta en diferido fue un éxito tanto en la evacuación del hematoma como en la limpieza e higiene del lecho de la herida. La prioridad inicial fue eliminar de forma segura dicho hematoma y evitar la expansión de la lesión, ya de por sí de importantes dimensiones, por la presión de zonas adyacentes. Por las dimensiones y el volumen importante alojado en el tejido subcutáneo, durante dicha limpieza se tuvo controlado en todo momento el estado general del paciente, vigilando picos de fiebre, dolor e inflamación¹. Sería interesante que el uso en diferido de esta técnica con hematomas ya desecados pudiera confirmarse en posteriores estudios. La técnica sería la misma, sustituyendo la incisión del hematoma por pequeños cortes que facilite el trabajo de la HBPM.

La HBPM, al ser aplicada localmente no altera la coagulación sistémica, por lo cual puede ser aplicada en pacientes que reciben antiagregantes plaquetarios y anticoagulantes³. En esta paciente en concreto, estuvo anticoagulada con heparina, aunque antes de la intervención se le retiró. La HBPM no solo tiene propiedades anticoagulantes, sino que, por un lado, inhibe la acción de proteínas, como la elastasa y la catepsina G, que degradan la matriz extracelular⁷ y, por otro lado, ayuda al proceso de cicatrización al estimular la angiogénesis. Estas dos circunstancias contribuyen a mejorar el proceso de granulación y epitelización¹.

El uso de hidrofibra de hidrocoloide, junto a la HBPM en la fase inicial de limpieza de la lesión, cumplía la función de favorecer la degradación del hematoma, ya que, al estar en contacto continuo con el coágulo sanguíneo, favorecía su desbridamiento.

Con este tratamiento, impresionó como la colección hemática desapareció en tan solo 2 semanas, a pesar de las importantes dimensiones de la herida.

La hipergranulación apareció como resultado de una infección local oculta y un exceso de humedad asociada al incremento del exudado. La primera estrategia que se llevó a cabo fue en establecer un tratamiento antimicrobiano y, si este no resolvía el problema, se planteó como segunda opción en aplicar una pomada con corticoides tópicos, aunque por la buena evolución de la herida con el alginato con iones de plata no se llegó a usar dicha pomada⁸.

CONCLUSIONES

La lesión tuvo una evolución favorable desde que empezó el abordaje conjunto con EPA-HCC el 22/08/2022 hasta su completa resolución el 13/12/2023.

La aplicación de la técnica Roviralta va más allá de los planteamientos iniciales en los casos de evacuación del hematoma. Cuando el hematoma ya está instaurado y rígido en el lecho, la instilación de HBPM y el uso de hidrofibras de hidrocoloide facilitan el contacto con el coágulo y ayuda a su desbridamiento.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses ni haber recibido ningún tipo de financiación, tanto pública como privada. Asimismo, carecen de intereses económicos o personales basados en los productos, tecnologías o metodologías mencionadas en el estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Roviralta SG. Hematoma subcutáneo. Resolución con Heparina de bajo peso molecular (HBPM) 0,4-0,6 mg. Rev. Enfermería dermatológica [Internet]. 2004; 4:28-30. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4603346>
2. Chami G, Chami B, Hatley E, Dabis H. Simple technique for evacuation of traumatic subcutaneous haematomas under tension. Rev. BMC Emerg Med [Internet]. 2005; 5:11. Disponible en: <https://bmccemergmed.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-227X-5-11>
3. Roviralta SG, Ruiz CH. Abordaje de hematoma subcutáneo con heparina de bajo peso molecular (0,4-0,6). Rev. Heridas y Cicatrización [Internet]. 2012; 10:36-40. Disponible en: <https://sghweb.es/colaboracion-socios/hematoma-subcutaneo%20heparina.pdf>
4. Filgueira Bello R, Viejo Fernández D, Crespo Lema L. Abordaje de un hematoma encapsulado a través de la técnica Roviralta. Enferm Dermatol [Internet]. 2022; 16(45): e01-e04. DOI: 10.5281/zenodo.6582506. Disponible en: <https://enfermeriadermatologica.org/index.php/anedidic/article/view/115>
5. Junta de Andalucía. Cuestionario Zarit. Cuestionarios, test e índices de valoración enfermera en formato para uso clínico. Servicio Andaluz de Salud, Consejería de Salud. Disponible en: http://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/contenidos/publicaciones/datos/95/pdf/cuestionario_completo_sas.pdf
6. Atkin L, Bućko Z, Conde Montero E, Cutting K, Moffat C, Probst A et al. Implementing TIMERS: the race against hard-to-heal wounds. Journal of Wound Care [Internet]. 2019; 28:sup3a, S1-S50. Disponible en: <https://www.magonlinelibrary.com/doi/epub/10.12968/jowc.2019.28.Sup3a.S1>
7. Oremus M, Hanson M, Whitlock R, Young E, Gupta A, Dal Cin A et al. The uses of Heparin to treat burn injury. Rev. Evid. Rep Technol Assess [Internet]. 2006; 148:1-58. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK38254/#A234204>
8. Chaverri Fierro D. Hipergranulación en heridas crónicas: un problema ocasional pero no infrecuente. Gerokomos [Internet]. 2007; 18 (3): 48-52. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2007000300006&lng=es.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

García Montero A, Ojeda Bernal E, Bolívar Gilpérez E, Mena Cabezas F. Abordaje de un hematoma subcutáneo desde atención primaria: aplicación de técnica Roviralta en diferido. Hygia de Enfermería. 2023; 40(3): 106-109

Correcta manipulación de fármacos citostáticos y medidas de prevención en el personal de enfermería

Correct handling of cytostatic agents and preventive measure in nursing staff

Laura María Fernández Raya^A y Rafael Arroyo Priego^A

^A DUE. Hospital de Montilla.

RESUMEN

Introducción: Los fármacos citostáticos son concentrados tóxicos utilizados para el tratamiento de enfermedades neoplásicas, se incluyen dentro del grupo de "fármacos de alto riesgo". El peligro que conlleva su manejo fue conocido en el año 1970, desde entonces la exposición se ha limitado gracias a la implantación de normas que garantizan la protección. La introducción de métodos de seguridad y sistemas cerrados minimizó la contaminación ambiental y en las áreas de trabajo.

Objetivos: El objetivo principal de este estudio es revisar la evidencia existente actual sobre las medidas de prevención protocolizadas que garantice una preparación y administración seguras de fármacos citostáticos en el personal sanitario.

Metodología: Se trata de una revisión bibliográfica, la búsqueda se realizó en las siguientes bases de datos; Medes, Elsevier, Science Direct, Dialnet y Scielo.

Resultados: Los profesionales de la salud que están en contacto con dichos fármacos deben usar equipos necesarios para su protección; guantes, bata, mascarilla, gafas, gorro y calzas. La zona de elaboración será acceso limitado únicamente para el personal autorizado y tiene que estar habilitada con una Cabina de Seguridad Biológica. La eliminación de los residuos citostáticos tiene que seguir un protocolo establecido de manera internacional.

Conclusión: La manipulación de citostáticos tiene que ser segura, por ello, la formación para la salud, los protocolos y la protección personal son aspectos primordiales para prevenir los riesgos a los que se someten los sanitarios y los pacientes.

PALABRAS CLAVE

fármacos citostáticos, toxicidad, contaminación, neoplasias, exposición, seguridad, protección

ABSTRACT

Introduction: Cytostatic agents are toxic concentrates used for the treatment of neoplastic diseases and are included in the group of "high-risk drugs". The danger associated with its handling was known in 1970, since then the exposure has been limited thanks to the implementation of standards that guarantee the protection. The introduction of safety methods and closed systems minimized pollution in work areas and also in the environment.

Objectives: The main objective of this study is to review the current evidence on protocolized prevention measures that guarantee safe preparation and administration of cytostatic drugs in healthcare personnel.

Methodology: This is a bibliographic review, the search was carried out in the following databases: Medes, Elsevier, Science Direct, Dialnet and Scielo.

Results: Health professionals who are in contact with these drugs should wear equipment required for their protection; gloves, gown, mask, glasses, cap and shoes. The processing area will be a limited access only for authorized staff, it must be equipped with a Biological Security Cabin. The disposal of cytostatic waste must follow an internationally established protocol.

Conclusion: The handling of cytostatics has to be safe, so health training, protocols and personal protection are paramount to prevent the risks to health care providers and patients.

KEYWORDS

cytostatic agents, toxicity, contamination, neoplasms, exposure, safety, protection

INTRODUCCIÓN

Los fármacos citostáticos son concentrados tóxicos utilizados preferentemente en el tratamiento de enfermedades neoplásicas. Dan lugar a la detención del ciclo de las células en cualquiera de sus etapas, ocasionando su destrucción a través de la modificación metabólica o el bloqueo de la división y reproducción de las mismas, impidiendo de esta manera el crecimiento celular¹.

Estos fármacos tienen varias vías de penetración en el manipulador, siendo la más usual la vía respiratoria, a través de la inhalación de aerosoles; la vía oral, vía parenteral y a través de la piel y mucosas, donde penetra el fármaco por contacto directo¹.

FECHA DE RECEPCIÓN: 19/5/2023

FECHA DE ACEPTACIÓN: 31/10/2023

Correspondencia: Laura María Fernández Raya

Correo electrónico: laurafernandez_34@hotmail.com

Estos medicamentos; tanto los intravenosos como los orales, se incluyen dentro del grupo de “fármacos de alto riesgo”¹. Este término se refiere a aquellos medicamentos que si no se les da un uso adecuado dan lugar a una alta probabilidad de ocasionar peligrosos daños e incluso pueden llegar a causar la muerte en los pacientes afectados si se produce una extravasación².

La extravasación es la fuga del fármaco que se produce de manera no intencionada hacia el espacio perivascular y subcutáneo del propio paciente en el momento en que está siendo administrado por vía intravenosa^{3, 4, 5}.

Entre los efectos adversos que puede causar el manejo de esta medicación se encuentran:

- Locales: dermatitis, mucositis, reacciones alérgicas, pigmentación.
- Sistémicas: náuseas, vómitos, vértigos, cefaleas, mareos, pérdida de pelo, picor, neutropenia e hipoacusia⁶.

El peligro por exponerse a estos compuestos no es únicamente para los pacientes a los que se le administra dosis terapéuticas sino también para los empleados que intervienen en la elaboración, manejo, administración e incluso el almacenamiento de dichos fármacos, así como a los auxiliares y el personal de limpieza debido al contacto con excreciones de pacientes a los que se les administra quimioterapia^{7,8}.

Existen métodos que hacen posible su reconstrucción y a la vez disminuyen la contaminación que se puede llegar a generar en las áreas de trabajo que podría afectar al personal. Son los llamados sistemas cerrados, que están formados por un fragmento fijado al vial y un adaptador para la jeringuilla con un sistema de filtro incorporado, lo cual reemplaza a las agujas comunes⁹.

El peligro que conlleva el manejo de los fármacos citostáticos en la salud del personal sanitario que trabaja en la preparación y administración de estos fue conocido en el año 1970. Desde entonces la exposición del personal sanitario en cuanto a estos fármacos se ha limitado en los últimos años gracias a la implantación de normas y medidas que garantizan la protección. Entre las medidas necesarias para la protección cabe destacar guantes, bata, mascarilla y gorro¹⁰.

En el año 2014 fue cuando el Instituto de Salud Carlos III, el Ministerio de Economía y Competitividad y la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo empezó a aconsejar el uso de estos equipos, no solamente para administrar los citostáticos, sino también para su elaboración¹⁰.

En la actualidad existen más de 50 medicamentos citostáticos para combatir el cáncer. En los últimos años, la creación de nuevos fármacos citostáticos, ha incrementado la calidad de vida de los pacientes con enfermedades neoplásicas^{1,2}.

OBJETIVOS

Objetivo general

Revisar la evidencia existente actual sobre las medidas de prevención protocolizadas que garantice una preparación y administración seguras de fármacos citostáticos en el personal sanitario.

Objetivos específicos

- Detallar los factores influyentes a la exposición a medicamentos citostáticos.
- Comprender los riesgos a los que se exponen los profesionales a la hora de manipular los fármacos citostáticos
- Conocer la gestión de desechos citotóxicos.

METODOLOGÍA

La metodología utilizada ha sido la realización de una revisión bibliográfica de la literatura existente con mayor evidencia sobre la correcta manipulación de fármacos citostáticos y medidas de prevención en el personal de Enfermería. Para ello, la búsqueda de la información se efectuó en las bases de datos: Medes, Elsevier, Science Direct, Dialnet y Scielo, algunas de ellas a través del Catálogo de la Biblioteca de la Universidad de Melilla.

Los criterios de inclusión de la búsqueda que se han utilizado han sido artículos de revisión, artículos de revistas científicas, estudios sobre la temática y publicaciones que cumplieran las características de los objetivos. Para la realización del marco teórico se acotó la fecha de la búsqueda a los diez últimos años ya que se encontraron artículos que presentaban información relevante para la elaboración del trabajo, así como se limitó solo a aquellos artículos en idioma español e inglés.

Los criterios de exclusión han sido los artículos que no cumplieran los objetivos de la búsqueda, los artículos no disponibles en texto completo y aquellos que se encontraron duplicados.

Los tesauros DeCS (descriptores en Ciencias de la Salud) utilizados en la estrategia de búsqueda bibliográfica se combinaron con los operadores booleanos “OR” y “AND”, utilizando para ello la siguiente combinación: Cytostatic agents AND Toxicity AND (contamination OR neoplasms OR exposure OR safety OR protection).

En la Figura I se puede ver una descripción del proceso de gestión y depuración de artículos.

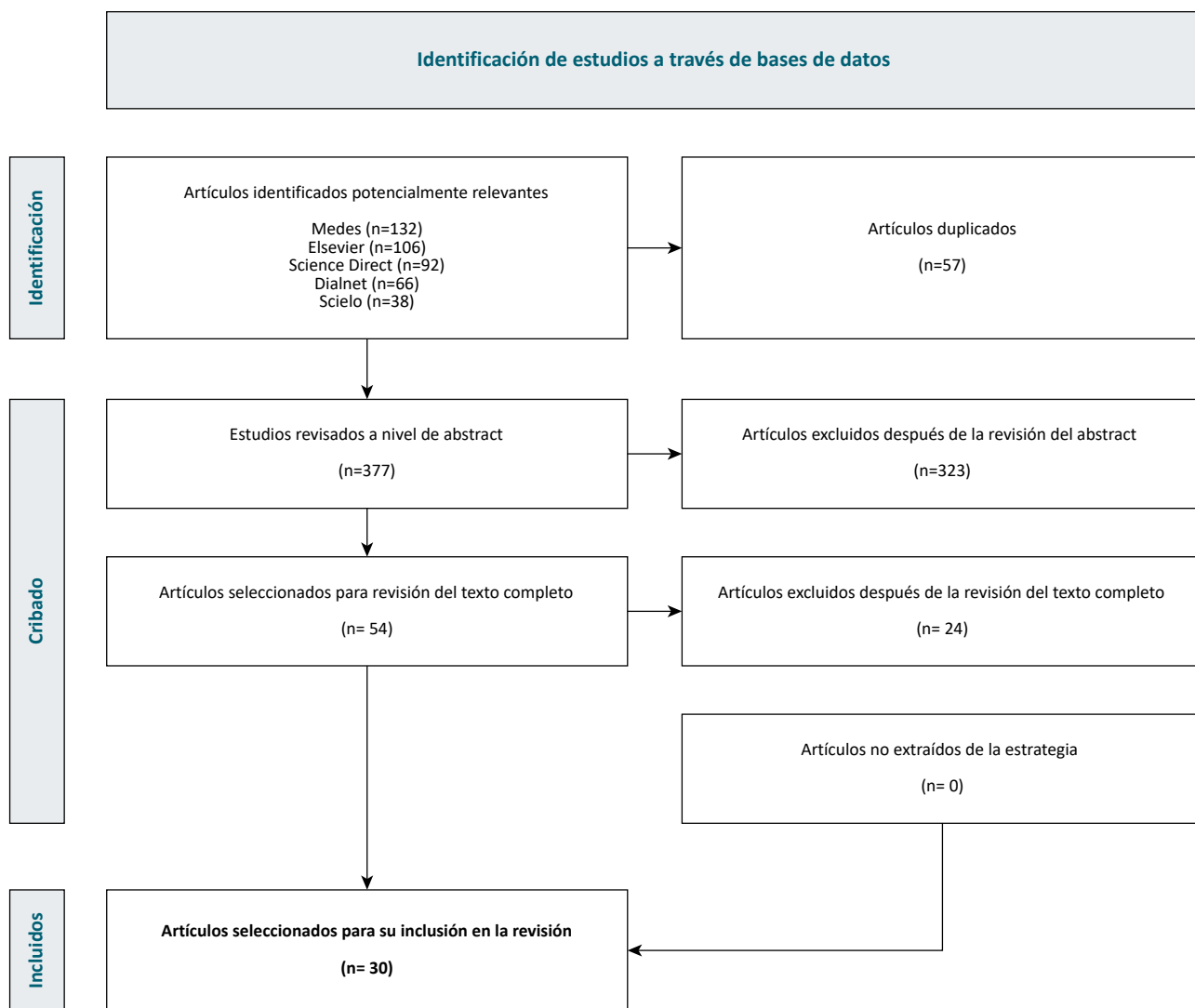
RESULTADOS

La terapia ideada para la resolución del cáncer ha dado lugar a grandes progresos en el ámbito sanitario. Es por ello, por lo que la utilización de fármacos citostáticos para su tratamiento ha ido aumentando en los últimos años y, en consecuencia, ha aumentado el número de profesionales sanitarios expuestos a los peligros derivados de la manipulación de los fármacos quimioterápicos^{11,12}.

Los trabajadores expuestos a fármacos citostáticos tienen la posibilidad de desarrollar peligrosos riesgos para la salud si no trabajan conforme a las normas establecidas para efectuar de forma adecuada el correcto uso de dichos medicamentos⁵, a pesar de que el grado de exposición de los sanitarios es mucho menor que el que reciben los pacientes en tratamiento^{12,13}.

Todo esto es debido a que los enfermeros se encuentran en estrecho contacto con dichos fármacos durante la preparación de las dosis prescritas, su administración o la eliminación de las excreciones de los enfermos y cualquier acción que provoque un estrecho contacto con el fármaco¹⁴.

Figura 1. Diagrama de flujo.



Fuente: Elaboración propia.

Los medicamentos citostáticos pueden presentarse de diferentes formas y cada una tiene un protocolo de uso:

- Citostático en forma de vial: Primero hay que desinfectar el tapón con alcohol de 70º, después se introduce la aguja con el bisel mirando hacia arriba y con una angulación de 45º. Una vez introducido la mitad del bisel, se situará a unos 90º con respecto al tapón.
- Citostático en forma de ampolla: Vaciar la totalidad del líquido que queda en la zona superior de la ampolla para así poder abrirla de manera que se esté protegiendo dicha zona con una gasa impregnada en alcohol de 70º. Es importante que en el momento de abrirla se haga en dirección contraria a la persona que lo está manipulando.
- Citostático oral: Colocar una bandeja en el área donde se vaya a realizar su manipulación. Se recomienda usar etiquetas llamativas para indicar que se trata de un fármaco citostático¹⁵.

En la mayoría de los fármacos citostáticos es necesaria su manipulación antes de ser administrados al paciente. Hay sistemas que son capaces de reconstruir y dispensar el medicamento,

con ello se evita el riesgo de contaminación del personal a la hora de su elaboración. Se denominan sistemas cerrados y generalmente consisten en un soporte que fija el vial y un adaptador de jeringuilla que incluye un filtro, esto reemplaza a las agujas tradicionales^{7,16}.

Según varios estudios, la exposición a los agentes tóxicos puede llegar a ocasionar alteraciones en el ADN^{17,18}, malformaciones congénitas, esterilidad, mutaciones e incluso desarrollo de neoplasias, llegando a producir la incapacitación o incluso la defunción. Es por ello, por lo que numerosos estudios recomiendan el aumento de stocks de equipos de protección personal en los hospitales para disminuir la posible falta de aprovisionamientos¹⁹.

El peligro cambia según el tipo de citostático y el tiempo de exposición^{12,20,21}. El más conocido es la pérdida de pelo. También pueden aparecer vómitos, diarrea, irritación de diferentes órganos como son el hígado, los pulmones e incluso los riñones, reacciones hipersensibles y fotosensibles, cambios en la pigmentación de la piel, incremento de los casos de leucemia aguda y lesiones causadas por problemas de extravasación^{3,4,5}.

Otros estudios clasifican el peligro y las consecuencias en función del género. Evidencian que el personal sanitario femenino expuesto a los citostáticos adquiere problemas a la hora de concebir y durante el periodo de embarazo y, por tanto, sus hijos pueden sufrir mayor riesgo prenatal y desarrollar defectos congénitos, pudiendo desembocar en un parto prematuro²².

Cabe destacar que no existen evidencias de que la exposición de citostáticos aumente el riesgo de aborto espontáneo o la muerte antes del nacimiento²².

En cuanto al personal sanitario masculino, los estudios confirman que aumenta el porcentaje de infertilidad en los trabajadores expuestos a los citostáticos, llegando incluso a presentar riesgo de aborto las esposas de los propios trabajadores²².

La mayor parte de los fármacos citostáticos no es posible administrarlos de manera directa según la casa comercial que los presenta, sino que es necesaria la preparación de estos en los lugares destinados para su elaboración. Para ello, en 1980 se incorpora por primera vez las cabinas de seguridad biológica (CSB) e incluso material para la seguridad individual. Es aconsejable que esté encendida siempre, todos los días del año, si esto no pudiera ser se tendría que poner en marcha 30 minutos antes de empezar a trabajar para que se purifiquen los posibles contaminantes¹⁵.

Hay diferentes clases de cabinas¹⁴:

- Clase I: No es recomendada para la elaboración de citostáticos ya que protege al trabajador y al medio ambiente pero no el fármaco. Poseen un único filtro HEPA en la salida del aire al exterior.
- Clase II: existen varios tipos:
 - Tipo A1: donde el 70% del aire circulante vuelve a circular y el 30% restante es expulsado al lugar donde se encuentra la cabina. No es adecuado para el manejo de citostáticos.
 - Tipo A2/B3: donde el 70% recircula y se saca el 30% al exterior.
 - Tipo B1: el 30% del aire vuelve a circular y el 70% es expulsado al exterior.
 - Tipo B2: Expulsa la totalidad del aire circulante. Es el tipo de cabina más apropiado para la elaboración de estos medicamentos.
- Clase III: en la cual el área de trabajo queda totalmente aislada.

En 2007, tras varios estudios se recomendó además de una sala central de elaboración junto con una habitación de acondicionamiento semilimpia, otra de paso y otra limpia en la cual haya una CSB, la utilización de equipos herméticos de traslado de medicamentos en el proceso de elaboración y administración²³.

La zona de trabajo será un área exclusiva de acceso limitado únicamente para el personal autorizado, se distribuye en varias zonas:

- Antesala: Para almacenar el material y medicamentos citostáticos.
- Zona de paso: Para el traslado de material y personal. Esta zona tendrá un mecanismo para evitar que dos puertas se abran al mismo tiempo. Aquí el personal debe usar los equipos de protección al acceder al área de preparación y cuando estén en la antesala.

- Sala específica: Para almacenar los equipos de protección individual (EPI) reutilizables.
- Sala de almacenaje los agentes citostáticos: Deben acumularse en una zona específica y correctamente identificada, donde debe de existir instalaciones para impedir roturas por caídas.
- Zona de preparación: Que constará de una zona específica denominada Unidad Centralizada de Preparación de Citostáticos (UCPC). Si se le considera una “sala limpia”, es importante que conste de un filtro de aire HEPA. El suelo y las paredes tienen que estar recubiertos de un material especial que haga herméticas las uniones para así evitar la acumulación de suciedad¹⁵.

En la actualidad, se han diseñado bombas de infusión denominadas “inteligentes”, las cuales son como las bombas comunes, pero son un sistema de software incorporado el cual está dotado de una biblioteca en la que se incluyen medicamentos y un sistema que establece los límites adecuados para la seguridad del paciente y la administración del medicamento²⁴.

Dichas bombas presentan múltiples ventajas en relación con las tradicionales ya que ayudan a los sanitarios a programar, calcular las dosis y determinar el ritmo de infusión.

Su uso da lugar a la reducción de errores en la medicación disminuyendo el posible daño que se podría causar a los pacientes²⁵.

Pero también dan lugar a numerosos errores ya que en el caso de que la biblioteca de medicación esté programada incorrectamente no evita la infusión excesiva ni tampoco evitan la elección incorrecta del medicamento a inyectar²⁶.

En el momento de la elaboración y administración de citostáticos, los punzantes y las ampollas pueden ser el motivo de los pinchazos o cortes lo que da lugar a una importante fuente de contaminación. Otro modo de contaminación son los derrames que se producen de manera accidental o la creación de aerosoles que se originan por la presión generada dentro del vial²⁷.

La eliminación de los residuos citostáticos que se generan en su elaboración y las excretas de los pacientes que reciben el tratamiento, es un proceso importante ya que poseen características carcinogénicas, por lo tanto, se consideran agentes peligrosos al igual que todo lo que este en contacto con la quimioterapia como jeringas, agujas, viales, ampollas, bombas de infusión, etc. Nunca se puede separar la jeringa de la aguja en el momento de desecharla ni volver a tapar las agujas^{27,28}.

También hay que tener un especial cuidado en la manipulación de muestras sanguíneas de nuestros pacientes y será necesario rotularlas para advertir la presencia de agente citostáticos. Todos estos residuos tienen que eliminarse siguiendo un protocolo establecido de manera internacional²⁹.

Se pondrán en bolsas específicas que están hechas de nylon de polietileno, de color rojo y en contenedores especiales que no se pueden perforar de manera que se evita su abertura. No pueden ubicarse en habitaciones de enfermos ni en áreas donde se realicen actividades directamente con ellos. Tienen que estar señalados para avisar el tipo de material que contienen. Se deben almacenar en lugares diferentes donde se acumulan los demás desechos del hospital. Estos más tarde se quemarán en hornos especiales que llegan a temperaturas de 1000°C^{1,6}.

Si no es posible su incineración, su destrucción será a través de químicos o mediante el enterramiento de los desechos en las zonas específicas para tal fin²⁶.

Se recomienda que los excrementos de los pacientes se eliminen por medio de sistemas de salida diferentes al de los demás desechos o que sean tratados según el tipo de citostático que se le haya administrado al paciente con el neutralizante adecuado antes de evacuarlos por el desagüe^{1,29}.

Por todo lo mencionado anteriormente es de vital importancia el adecuado manejo de los fármacos citostáticos y la rigurosa formación del profesional³⁰.

CONCLUSIÓN

La manipulación de citostáticos es un proceso que debe de ser seguro y preciso ya que éstos pueden dar lugar a peligros genotóxicos como variaciones en el ADN, en los profesionales sanitarios que por motivos laborales se exponen a ellos.

La educación para la salud será el método más importante para que el personal sanitario esté preparado y prevenga el riesgo que estos medicamentos puedan ocasionar.

Por lo tanto, es primordial que el personal de enfermería esté formado y posea los conocimientos suficientes sobre el nivel tóxico de estos medicamentos, el peligro que conlleva su

manejo, su administración y la manera de prevenir las complicaciones. Todo ello ayudara a disminuir posibles errores y es sumamente importante llevar a cabo las diferentes medidas protocolizadas para realizar de manera adecuada el manejo de los citostáticos

Dado que es sumamente complicado disminuir la presencia de tóxicos en el ambiente donde se elaboran, los sanitarios expuestos deben llevar equipos de protección individual y seguir estrictamente un protocolo específicamente diseñado para ello.

Además, es importante que las áreas de preparación de citostáticos de todos los hospitales dispongan de cabinas de seguridad biológica con los filtros de aire pertinentes que garanticen un elevado aislamiento a la hora de su elaboración.

Al igual que en la eliminación de residuos, tanto los desechos de los pacientes como los hospitalarios deben seguir una serie de estrictas normas ideadas para su eliminación, de esta manera se reduce la posible contaminación ambiental.

La formación para la salud, el empleo de protocolos establecidos, la disposición de sanitarios altamente cualificados en dicho tema, la introducción de sistemas ideados para evitar las fugas en el proceso de elaboración y administración, la utilización de equipos de protección personal, etc., son aspectos primordiales para prevenir los riesgos a los que se someten los sanitarios y reducir el peligro al que se encuentran expuestos los pacientes con dicho tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. De Armas F. Bioseguridad y manejo de citostáticos. *Biomedicina*. 2014; 8(2): 6-16.
2. Ortiz B, Peña S. Degree of technological implementation in intravenous chemotherapy management in hospitals of the Autonomous Community of Madrid. *Farm Hosp*. 2017; 41(4).
3. Santos MD, Marín R, Muñoz R, Velázquez MD, Gil MV, Bautista FJ. Análisis modal de fallos y efectos aplicado a la elaboración de citostáticos intravenosos. *Rev Calidad Asistencial*. 2015; 31(2): 106-112.
4. Sanmartín O, Beato C, Jin H, Aragón I, España A, Majem M, (et al). Manejo clínico de los eventos adversos cutáneos en pacientes tratados con quimioterapia: consenso nacional de la Academia Española de Dermatología y Venereología y de la Sociedad Española de Oncología Médica. *Actas Dermosifiliogr*. 2019; 110(6): 448-459.
5. Motlló C, Sancho JM, García O, Granada I, Millá F, Ribera JM. Leucemias agudas secundarias a tratamiento con quimioterapia y/o radioterapia: estudio de 23 pacientes. *Med Clin*. 2011; 137(10): 449-452.
6. Arencibia A. Aspectos a tener en cuenta en la atención integral de enfermería durante la quimioterapia en pediatría. *Rev Cubana Hematol Inmunol Hemoter*. 2014; 30(2).
7. Gómez S, Porta B, Hernández M, Pérez F, Climente M. Evaluación de dos sistemas cerrados en el proceso de elaboración de quimioterapia parenteral. *Farm Hosp*. 2016; 40(1).
8. Velarde J, Mamani R, Guarachi N, Quispe T, Amaru R, Cuevas H. Filtro de agua en la preparación de quimioterapia para optimizar la bioseguridad. *Rev Méd La Paz*. 2016; 22(2).
9. Calzado G, Nazco GJ, Viña MM, Gutiérrez F. Estudio coste-eficiencia de sistemas cerrados para la preparación de agentes antineoplásicos. *Farm Hosp*. 2017; 41(5): 575-582.
10. Conde D, Mateu J. Actualización del manejo de extravasaciones de agentes citostáticos. *Farm Hosp*. 2012; 36(1): 34-42.
11. Lluch A. Nuevos retos en el tratamiento y la investigación del cáncer de mama. *Med segur trab*. 2016; 62: 113-115.
12. Miraz C. Pautas de protección frente al riesgo de exposición a citostáticos en quimioterapia intraperitoneal hipertérmica. *Med Segur Trab*. 2016; 62(243): 122-135.
13. Porras M, Santacruz V, Olivia I. Percepción de riesgos laborales en profesionales de Enfermería de un centro sanitario. *Enferm clin*. 2014; 24(3): 191-195.
14. Martín P, De Castro-Acuña N, González-Barcala F, Moure JD. Evidencia de la exposición a fármacos citostáticos del personal sanitario: revisión de la literatura reciente. *Farm Hosp*. 2016; 40(6): 604-621.
15. Escuela Nacional de Medicina del Trabajo. Guía de Buenas Prácticas para Trabajadores Profesionales Expuestos a Agentes Citostáticos [monografía en Internet]. Madrid: Escuela Nacional de Medicina del Trabajo; 2014. [Citado 6 abril 2022]. Disponible en: <http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=26/03/2014-199edf956b>
16. Unda M, Alonso JM, Fernández JM, Gaspar M, Cozar JM, Cercós AC. Revisión de la evidencia sobre el manejo de medicamentos y productos peligrosos en los servicios de Urología. Documento de consenso entre la Asociación Española de Urología y la Sociedad Española de Farmacia Hospitalaria. *Actas Urol Esp*. 2018; 42(6): 375-380.

17. Mateo M, Hidalgo P, Peña D. Fármacos citostáticos y riesgo de genotoxicidad en personal sanitario. Revisión bibliográfica. *Enfermería Clínica*. 2019; 31(4): 247 – 253.
18. Díaz S, Recalde S, Barbona L. Cuidados de enfermería en la administración de citostáticos. Prevención de extravasación por citostáticos IV. *Medicina Infantil*. 2018; 25(1): 55-58.
19. González C, Saavedra V, Ruiz J, García E, Sánchez A. Desabastecimientos de medicamentos en un hospital de tercer nivel en España. *Rev Calidad Asistencial*. 2017; 32(5): 289-291.
20. Kohen N, Viniestra M. Procedimientos básicos para la preparación, administración y desecho de drogas citostáticas. Ministerio de Salud Presidencia de la Nación. 2016; 2-10.
21. Villarroel E. Identificación, Análisis y Evaluación del Riesgo de Exposición Ocupacional en Servicios de Preparación de Citostáticos de la Red Nacional de Prestadores. *Cienc Trab*. 2014; 16(49).
22. Viñeta M, Gallego MJ, Villanueva GP. Manejo de citostáticos y salud reproductiva: revisión bibliográfica. *Med Segur Trab*. 2013; 59(233): 426- 443.
23. Díaz M, Gattas S, López JC, Tapia A. Enfermería oncológica: estándares de seguridad en el manejo del paciente oncológico. *Rev Médica Clínica Las Condes*. 2013; 24(4): 694-704.
24. Arias A, García MA. Bombas de infusión inteligentes para administración de citostáticos. *Panorama Actual del Medicamento*. 2014; 38 (375): 699-704.
25. Usarralde A, Toro P, Pérez M. Actualización de la estabilidad de los medicamentos citostáticos y otras mezclas intravenosas aplicando la metodología de la matriz de riesgo para la elaboración de medicamentos estériles. *Farm Hosp*. 2016; 40(4).
26. Gómez C, Agustín MJ, Palomo PI, Real JM, Abad R. Seguridad en la administración intravenosa de medicamentos mediante bombas de infusión inteligentes. *Farm Hosp*. 2014; 38(4).
27. Miraz C. Pautas de protección en la administración de medicamentos peligrosos. Más que citostáticos. *Rev Enfermería del trabajo*. 2016; 6(4): 136-141.
28. Farriols A, Carreras MJ. Seguridad en el proceso de preparación de citostáticos: trazabilidad y control. *Boletín de Prevención de Errores de Medicación*. 2013; 11(3): 1-9.
29. Moubarik Y. El personal de enfermería y el manejo de citostáticos. *Rev médica y de enfermería*. 2020.
30. Roberts TE. Enseñar, aprender y evaluar el profesionalismo: el mayor reto de todos. *Revista de la Fundación Educación Médica*. 2017; 20(2): 47-51.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Fernández Raya LM, Arroyo Priego R. Correcta manipulación de fármacos citostáticos y medidas de prevención en el personal de enfermería. *Hygia de Enfermería*. 2023; 40(3): 110-115

Causas y consecuencias de la desigualdad de género en salud mental. Una revisión bibliográfica

Causes and consequence of gender inequality in mental health. A bibliographic review

Carmen Machuca Gutiérrez^A y José Miguel Pérez Jiménez^B

^A Enfermera. Centro de Salud de Begoña (Bilbao).

^B Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Doctor en Ciencias de la Salud. Instituto de Biomedicina de Sevilla (Ibis). Profesor Asociado en la facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad de Sevilla. Supervisor de enfermería en la UGC de Anestesia y Reanimación del Hospital Universitario Virgen Macarena de Sevilla.

RESUMEN

Diversos estudios actuales afirman que existen importantes desigualdades de género en salud mental; son las mujeres las que de manera más habitual resultan diagnosticadas de alguna patología mental. En el año 2019, la presencia de mala salud mental entre las mujeres fue de un 23,4%, por lo que, el desafío de los investigadores está en la elaboración de proyectos enfocados a desarrollar vínculos de integración y que beneficien a los grupos marginalizados socialmente.

Objetivos: Analizar las desigualdades de género de la mujer en su asistencia clínica de salud mental, examinar el género como determinante social de la salud mental y reflexionar acerca de la incidencia de enfermedades mentales y su prescripción farmacológica.

Metodología: Se realiza búsqueda bibliográfica entre los meses de febrero y mayo de 2021, utilizando las bases de datos Web of Science, PUBMED, CINAHL Y SCOPUS. Se utilizaron descriptores booleanos y criterios de inclusión y exclusión.

Resultados: En la revisión bibliográfica contamos con 8 artículos que tratan el tema elegido y se ajustan a los objetivos y criterios impuestos.

Conclusión: El porcentaje de mujeres diagnosticadas de trastornos mentales es superior al de los hombres. Los roles de género afectan de manera negativa a la salud mental de las mujeres, ya que estas se ven con una alta carga de responsabilidades en los cuidados, así como la estructura patriarcal de la sociedad que tiende a patologizar procesos fisiológicos y actitudes sociales de la mujer. La vida de la mujer se encuentra medicalizada con respecto a la del hombre.

PALABRAS CLAVE

desigualdad de género, sexismo, salud mental y medicalización.

ABSTRACT

Several current studies affirm that there are significant gender inequalities in mental health; it is women who are more commonly diagnosed with some mental pathology. In 2019, the presence of poor mental health among women was 23.4%, therefore, the challenge for researchers lies in the development of projects focused on developing integration links and benefiting socially marginalized groups.

Objectives: To analyze gender inequalities in clinical care to the mental health patient, to examine gender as a social determinant of mental health and to reflect on the incidence of mental illness and its pharmacological prescription.

Methodology: A literature search was conducted between February and May 2021, using Web of Science, PUBMED, CINAHL and SCOPUS databases. Boolean descriptors and inclusion and exclusion criteria were used.

Results: In the literature review we have 8 articles that address the chosen topic and fit the objectives and criteria imposed.

Conclusion: The percentage of women diagnosed with mental disorders is higher than that of men. Gender roles negatively affect women's mental health, as women are burdened with a high burden of care responsibilities, as well as the patriarchal structure of society that tends to pathologize women's physiological processes and social attitudes. Women's lives are medicalized in comparison to men's lives.

KEYWORDS

Gender inequality, sexism, mental health and medicalization.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la Salud Mental como el estado de bienestar que permite a cada indi-

viduo realizar las actividades de la vida diaria, afrontar el estrés que esto conlleva, ser productivo y contribuir de manera adecuada con su comunidad. Esta definición va más allá del mero hecho de no presentar ningún trastorno mental. La salud mental consta en la propia definición de salud donde también se ven incluidos la esfera del bienestar subjetivo, la autonomía y la capacidad de realizarse intelectual y emocionalmente¹. Se estima que los trastornos mentales afectan a más de un tercio de la población europea, siendo más prevalente en los

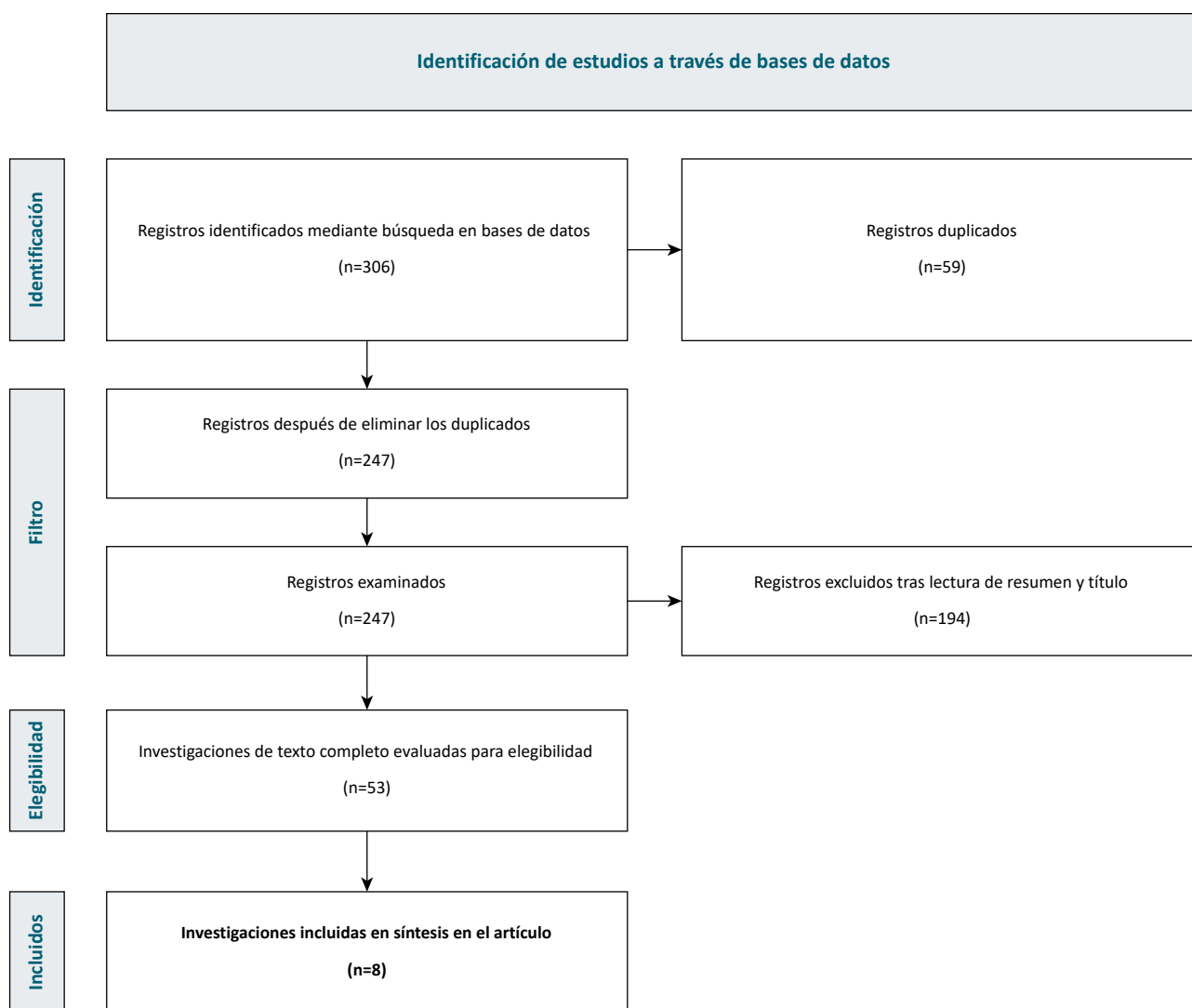
FECHA DE RECEPCIÓN: 15/9/2023

FECHA DE ACEPTACIÓN: 19/10/2023

Correspondencia: José Miguel Pérez Jiménez

Correo electrónico: jjjimenez@us.es

Figura 1. Diagrama de flujo.



Fuente: Elaboración propia.

grupos más desfavorecidos. En muchos países la depresión, la ansiedad y la esquizofrenia constituyen la principal causa de discapacidad laboral. En España, según las conclusiones que muestra la Encuesta Nacional de Salud en España en el año 2017, un 10,8% de personas de más de 15 años han sido diagnosticadas de alguna enfermedad mental².

El género es un constructo social en cuanto a los comportamientos esperados de hombres y mujeres en la sociedad. Están derivados de la cultura e implican unas normas atribuidas a las mujeres, como los cuidados o el trabajo doméstico. También afecta al comportamiento de ellas. Los roles de género son normas de comportamiento aplicadas tanto a hombres como a mujeres³. Se considera un determinante estructural de la salud, que provoca y refuerza una estratificación en la sociedad⁴. La interseccionalidad se ha visto incorporada lentamente en la esfera de salud pública⁵.

Uno de los errores más comunes es tratar los marcadores de diferenciación social de manera aislada, ya que cuando se superponen, emergen diferentes patrones y factores de riesgo a numerosas enfermedades⁴.

La desigualdad de género se trata de un concepto social que pone de manifiesto las desventajas que sufren las mujeres con respecto a los hombres. Esta desigualdad afecta a todos los ámbitos de la vida, y existen como consecuencia de un modelo social que se ha estructurado siempre desde una perspectiva patriarcal y androgénica⁶.

Las enfermedades mentales tienen el doble de probabilidad de aparecer en mujeres que, en hombres, ya que el 14,1% de las mujeres refiere tener algún problema de salud mental, frente al 7,2% de hombres. En el caso de la ansiedad crónica, esta aparece en el 6,7% de los adultos, con una distribución análoga a la referida, puesto que un 9,1% de las mujeres la sufren, frente a un 4,3% de los varones. Más del 5% de la población mayor de 15 años consume antidepresivos, de nuevo, hay un mayor porcentaje en mujeres (7,9%) que en hombres (3,2%)⁷.

En el caso del género masculino, los hombres prefieren optar por el tratamiento farmacológico en lugar de la psicoterapia, al contrario que las mujeres, las cuales se inclinan por los tratamientos psicológicos por temor a la dependencia que algunos

Tabla 1. Estrategias de búsqueda.

BASES DE DATOS	ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	RESULTADOS
WEB OF SCIENCE (WOS)	("gender inequality" OR sexism) AND "mental health"	141
	Gender AND "gender inequalities" AND "mental health"	40
SCOPUS	(gender OR sexism) AND "drug therapy" AND "mental health"	26
	Gender AND "mental health" AND medicalization	12
CINAHL	Sexism AND "mental health"	11
PUBMED	"gender inequality" AND "mental health"	38
	("gender inequality" OR sexism) AND "mental health" AND medicalization	38

Fuente: Elaboración propia.

psicofármacos pueden provocar⁸. Aun contando con estos datos, estas últimas se encuentran con una vida más medicalizada que los varones, "proceso por el que diversas esferas de la vida humana se han patologizado al incorporarse como objetos del discurso y la práctica biomédica"⁹.

En las personas adultas, el estatus socioeconómico se relaciona tanto en la frecuencia de alguna enfermedad mental (13,5% en la clase más desfavorecida vs. 5,9% en la clase más favorecida), como en el riesgo de padecerla (23,6% en la clase socioeconómica más baja vs. 12,4% en clase con mayor poder adquisitivo) y en la discapacidad debida a una enfermedad mental, (desde el 5,3% en la clase menos pudiente hasta el 1,9% entre la clase más adinerada). El 1,3% de la población de más de 15 años ha declarado que no ha podido acceder a la atención de su salud mental por falta de recursos económicos, siendo esta demanda no resuelta superior en mujeres que, en hombres¹⁰.

La enfermedad mental, ha sido víctima de los prejuicios sociales que determinan a los enfermos mentales como agresivos, impredecibles o incluso vagos¹¹.

Esta exclusión se traduce como un acontecimiento global que influye en el desarrollo social y laboral. A su vez, las que más estigmatizadas están dentro del grupo de personas con trastorno mentales, son las mujeres. Ellas sufren una múltiple discriminación, por el hecho de ser mujer, el rol que la sociedad espera de ellas, y la imagen social estigmatizada de las propias enfermedades mentales. A esto se le denomina interseccionalidad, además, son más propensas a sufrir rechazo, exclusión social e incluso violencia física y sexual¹².

Diversos estudios actuales afirman que se encuentran importantes desigualdades de género en el campo de la salud mental, ya que, son las mujeres las que de manera más habitual resultan diagnosticadas de algunas patologías mentales. En el año 2017, la presencia de mala salud mental entre las mujeres fue de un 23,4%, mientras que en los hombres fue de un 15,6% en todos

los grupos de edad. La asiduidad de diagnósticos de ansiedad y depresión fue también más elevada entre las mujeres que entre los hombres (19,4% frente a 8,5%).

La literatura científica señala que la prevalencia de mala salud mental se ve aumentada a medida que disminuye la clase social. Esta prevalencia es especialmente destacable en mujeres de clase trabajadora, con escasos estudios o en situación de desempleo, lo que indica una clara interseccionalidad de los distintos campos de desigualdad⁵. Se debe poner en el punto de mira en los distintos niveles de opresión, y cómo estos engendran disparidades de salud y relaciones de poder asimétricas¹³.

OBJETIVOS

Objetivo general

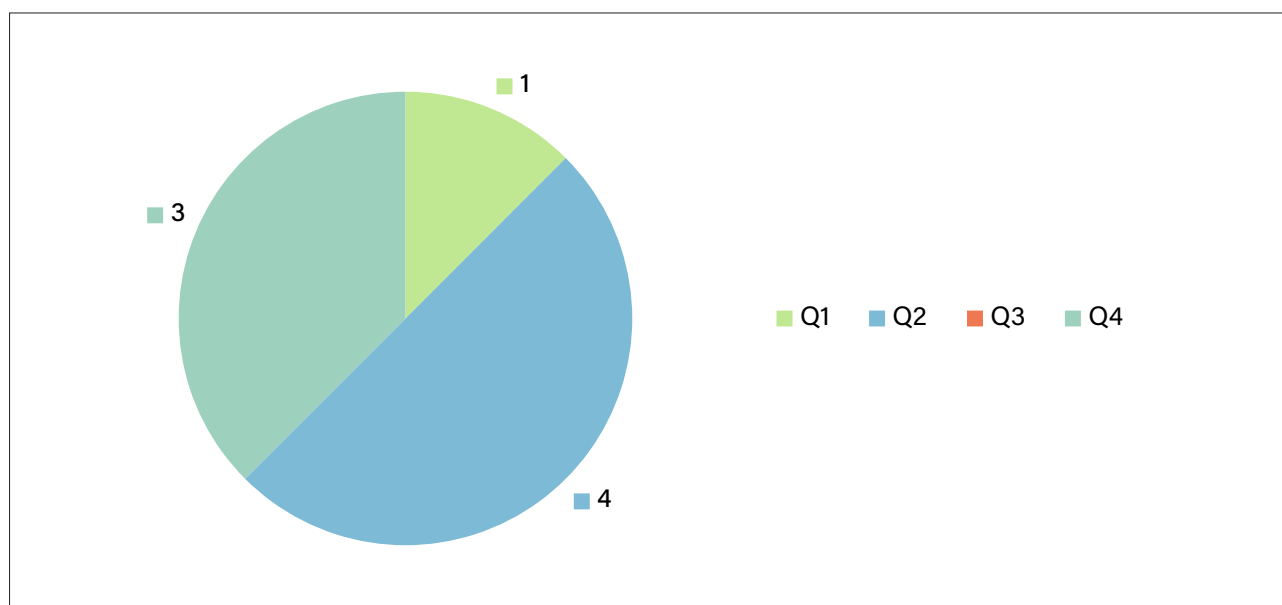
Analizar en la producción científica las desigualdades de género en la asistencia clínica al paciente de salud mental.

Objetivos específicos

- Examinar el género como determinante social de la salud mental.
- Reflexionar acerca de la incidencia de enfermedades mentales desde una perspectiva de género.
- Evidenciar si en la prescripción farmacológica del tratamiento de pacientes de salud mental existe impacto de género.

METODOLOGÍA

Para obtener respuesta a los objetivos planteados, se llevó a cabo una revisión bibliográfica entre los meses de marzo, abril y mayo de 2021 de la producción científica sobre el género y la salud mental. Las bases de datos utilizadas han

Gráfico 1. División por cuartiles.

Fuente: Elaboración propia.

sido PubMed, CINAHL, SCOPUS y Web Of Science (WOS). Además, también se ha utilizado fuentes oficiales como la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Instituto Nacional de Estadística (INE).

Para encontrar los artículos se utilizaron los términos de búsqueda recogidos dentro de los términos DeCs y MESH: gender inequality, gender inequalities, sexism, gender, medicalization y drug therapy.

A continuación, en la tabla 1, se muestran las bases de datos utilizadas con sus respectivas búsquedas, los descriptores, operadores booleanos de cada una de ellas y el número de documentos hallados. Para las estrategias de búsqueda, los operadores booleanos escogidos han sido AND y OR.

Entre los criterios de inclusión utilizados para llevar a cabo las distintas búsquedas encontramos los siguientes:

- Año de publicación, entre 2017 y 2021.
- Idioma de publicación: inglés y/o español.
- Temática: documentos que versen sobre el género y la salud mental.

Como criterios de exclusión, se han eliminado los artículos que no presentaban rigor científico.

RESULTADOS

Artículos científicos sobre género y salud mental en los últimos cinco años

Tras la realización de las distintas búsquedas bibliográficas se obtuvieron un total de 306 artículos, de los cuales, se suprimieron 59 por estar repetidos entre las bases de datos. De los 247 restantes, se revisan 53 tras la lectura de resumen y título, ya que no concuerdan con el tema a tratar en esta revisión

bibliográfica, finalmente, tras la lectura completa de los 53 artículos, se utilizan 8 artículos ya que los demás no responden a los objetivos planteados.

Finalmente, estos 8 artículos totales han servido para responder a los objetivos planteados, dicho proceso queda reflejado en la Figura 1.

A continuación, en la tabla 2, se procede a clasificar los 8 artículos. Según el factor de impacto según Journal Citation Reports (JCR) y el cuartil de las revistas en las cuales habían sido publicadas (Web of Science, n.d.).

En el Gráfico 1 se puede observar cómo se encuentran los artículos divididos por cuartiles, según JCR.

En 1970, se comenzó a criticar el modelo dicotómico de salud-enfermedad dando pie a la creación de los conocidos activos en salud, entendidos estos como "recursos que potencien la capacidad de las personas, comunidades y poblaciones para mantener la salud y el bienestar". Las desigualdades de género en la asistencia clínica hacen que no se atienda holísticamente la sintomatología de las mujeres, ya que no se consideran las causas psicosociales como origen del problema. No se tienen en cuenta las condiciones de vida de las mujeres, así como los roles que desempeñan. Por norma general, dicha sintomatología tiende a ser patologizada y, por lo tanto, medicalizada sin encontrar una causa real. Tras la identificación de dichos activos en salud, se comenzó a tratar el género como un determinante crucial de desigualdad en salud¹⁴.

Entendiendo el género como determinante social de la salud mental, se observa que desde el tradicional modelo biomédico se tiende a calificar como patológicos procesos fisiológicos que sufren las mujeres. Esto supone una simplificación y patologización de la naturaleza de estas. Un claro ejemplo de ello es el trastorno disfórico premenstrual¹³.

Tabla 2. Factor de impacto de las revistas.

REVISTA	ARTÍCULO	OBJETIVO	AÑO	TIPO DE ESTUDIO	FACTOR DE IMPACTO	CUARTIL
Gaceta Sanitaria	Gender as a determinant of mental health and its medicalization. SESPAS Report 2020 El género como determinante de la salud mental y su medicalización. Informe SESPAS 2020.	Describir, a partir de datos originales y de la evidencia de otros estudios, las desigualdades de género en la salud mental y sus principales condicionantes, poniendo especial énfasis en las desigualdades de género en la medicalización que se pueden estar produciendo.	2020	Revisión de la literatura	1.5641	Q4
Scandinavian Journal of Public Health	Gender inequalities in depression/ anxiety and the consumption of psychotropic drugs: Are we medicalising women's mental health?	Analizar las desigualdades de género en la prevalencia de la depresión y la ansiedad, así como en el consumo de psicofármacos, y explorar el proceso de medicalización y farmacoterapia de la salud mental que puede estar ocurriendo.	2020	Estudio transversal	2.183	Q2
International Journal of Environmental Research and Public Health	Diagnosis and treatment of depression in Spain: Are there gender inequalities?	Analizar las desigualdades de género en la medicalización de la depresión desde una perspectiva interseccional.	2020	Estudio observacional	2.468	Q2
Journal of Affective Disorders	The relation of gender role attitudes with depression and generalised anxiety disorder in two Russian cities.	Explorar la relación de los roles de género individuales con los síntomas prevalentes de depresión y ansiedad.	2020	Estudio transversal	3.892	Q1
Journal of Gender Studies	'Women are tired and men are in pain': gendered habitus and mental healthcare utilization in Spain.	Examinar cómo se puede representar el género en el campo de la salud mental y facilitar o restringir la búsqueda y utilización de la atención médica cuando una persona sufre angustia mental.	2020	Estudio cualitativo	1.585	Q2
SSM - population health	The gender gap in adolescent mental health: A cross-national investigation of 566,829 adolescents across 73 countries.	Describir la brecha de género en diferentes medidas de salud mental e investigar las correlaciones de los indicadores económicos y de igualdad de género.	2021	Estudio transversal	2.739	Q2
Gaceta Sanitaria	The demedicalisation of women's daily lives: socio-educational groups in the Andalusian Public Health System La desmedicalización de la vida cotidiana de las mujeres: los grupos socioeducativos en el Sistema Sanitario Público Andaluz.	Dar a conocer la estrategia de grupos socioeducativos como intervención alternativa no medicalizadora.	2019	Estudio cuasi-experimental	1.5641	Q4
Gaceta Sanitaria	Mental health, family roles and employment status inside and outside the household in Spain.	Documentar la prevalencia de mala salud mental por género y clase social.	2019	Estudio transversal	1.564	Q4

Fuente: Elaboración propia.

Desde la niñez, las mujeres han tendido a reportar una peor salud mental que los hombres, esto se ve aumentado durante la adolescencia, ya que el género se convierte en un factor importante de socialización¹⁵. En las sociedades patriarcales existe una desigualdad entre hombres y mujeres en lo que a poder se refiere, estas condiciones hacen referencia a la mayor carga de trabajo doméstico y de cuidados, sexismo, mayor exclusión social y segregación del mercado laboral⁹. Múltiples artículos han sugerido que en España se siguen manteniendo los estereotipos y roles de género establecidos, aunque también aseguran que esta jerarquía de género se encuentra en transformación⁸.

A cerca de la incidencia de enfermedades mentales, se ve evidenciado que la prevalencia de diagnóstico de depresión es mayor en mujeres que en hombres, el 13,5% ellas y el 5,8% ellos. Así como en la prescripción farmacológica también se observa cierto impacto de género en el consumo de antidepresivos, 8,7% frente a 3,5%. Estos datos se ven aumentados conforme se ve aumentada la edad, disminuye con el aumento de nivel de educación y la clase social¹⁶.

El consumo de psicofármacos también ha sido mucho mayor entre las mujeres que entre los hombres (12,5% 4,9%, respectivamente). Para dar una respuesta a la cuestión de por qué las mujeres se encuentran con mayor probabilidad de ser diagnosticadas de alguna enfermedad mental, existen dos explicaciones basadas en la desigualdad social. La primera, es la causalidad social, las mujeres por lo general, tienden a ser discriminadas de múltiples formas, con una carga de trabajo como cuidadoras y en el ámbito doméstico superior a los hombres, que repercute finalmente en su salud mental. Por otro lado, la teoría de la etiqueta social. Dicha teoría se fundamenta en la medicalización de las mujeres, que a menudo implican un sobrediagnóstico de enfermedades mentales⁵. Por último, también se detectan sesgos de género en los instrumentos de diagnóstico de ansiedad y depresión, por lo que las mujeres podrían dar puntuaciones más altas que los hombres. Se debe emplear una visión interseccional en la que se tengan en cuenta las diferentes desigualdades que influyen en la salud mental ya que la salud mental sufre un deterioro especialmente significativo en mujeres de clase socioeconómica baja. Lo que deja entrever claramente una interseccionalidad entre los distintos ejes de desigualdad en salud. Todo ello queda reflejado en los datos recogidos en el año 2017 de la sociedad española⁹.

Diversos estudios han evidenciado la relación entre la desigualdad de género percibida en la pareja y el desarrollo de sintomatología depresiva. Así como, por el contrario, el hecho de percibir una igualdad dentro de la pareja se verá reflejado en una mejoría de la salud mental⁹. Las mujeres que refieren tener una responsabilidad mayor en el ámbito doméstico tendrán más probabilidades de desarrollar una enfermedad mental que aquellas que no sustentan estas responsabilidades¹⁷.

Superponiendo las diferentes esferas de discriminación, salen a la luz más desigualdades que si estudiáramos cada una por separado. El diagnóstico y prescripción farmacoterapéutica de las mujeres de clases más bajas se verá afectado por dicha interseccionalidad. Diversos estudios también apuntan a que los pacientes con menor poder adquisitivo y educación reciben menos información por parte de sus médicos, quienes toman el papel de liderazgo menos participativo, y, por tanto, restringen el papel de los pacientes en cuanto a la toma de decisiones sobre su tratamiento. Esto no es exclusivo de la salud mental,

puesto que en otros estudios realizados sobre enfermedades coronarias se muestra que a las mujeres se les realizan menos exámenes físicos y una anamnesis más pobre que a los hombres. Esto puede afectar en la precisión del diagnóstico y, en consecuencia, al tratamiento "Se precisa mayor investigación desde una interseccionalidad para comprender mejor los mecanismos subyacentes a estos resultados"¹⁶.

Los hombres habitualmente viven vidas más cortas y también fallecen por suicidio consumado cuatro veces más que las mujeres, así como pierden la vida en accidentes de tráfico o consumen de manera más asidua alcohol y otras drogas. Todo esto deriva de una persecución por cumplir los ideales de masculinidad, que los lleva a reportar en menos ocasiones sus problemas o sentimientos, de esta forma, creen haber protegido su masculinidad. Los hombres, prefieren optar por el tratamiento farmacológico en lugar de la psicoterapia, al contrario que las mujeres, las cuales se inclinan por los tratamientos psicológicos por temor a la dependencia que algunos psicofármacos pueden provocar⁸. Aun teniendo estos datos, según el Ministerio de Sanidad Consumo y Bienestar Social, estas últimas se encuentran más medicalizadas que los varones⁶. Los hombres por lo general tienden a evitar la búsqueda de apoyo o asistencia sanitaria, ya que se verían en una relación de pérdida de poder y control⁸.

Muchas mujeres se encuentran en riesgo de sobremedicalización. Cuando se trata de la salud mental, se observa una medicalización del malestar. Muchos de estos problemas de salud mental tienen origen social, aunque la actuación sanitaria se centra en la atención psiquiátrica o psicológica, y con ella aparece dicha medicalización. De esta forma, en lugar de tratar la etiología social del problema, se pueden provocar daños en forma de iatrogenia farmacológica. En esta línea, también cabe mencionar que la prescripción de psicofármacos es de 1,75 veces superior en mujeres que en hombres. Por todo ello es importante la incorporación del modelo biopsicosocial a la práctica clínica, así como de buenas estrategias de promoción de la salud y prevención de la medicalización y la patologización del malestar generado por los patrones que la sociedad atribuye a las mujeres¹⁴.

Tal y como señalan Cabezas- Rodríguez, "la medicalización de la salud mental tiene consecuencias directas para la salud de la mujer, además, la medicalización de las dolencias diarias dificulta la búsqueda de las raíces estructurales de las desigualdades de género en la salud mental, porque individualiza los problemas sociales colectivos a través de diagnósticos y tratamientos personales". Los resultados de este trabajo destacan que, en el ámbito de la salud pública, "existe evidencia del impacto de la desigualdad de género en la salud mental. Con ayuda de intervenciones públicas en el mercado laboral o en el ámbito doméstico y de cuidados con el objetivo de reducir este impacto se reducirá la brecha de género tanto en la salud mental como en otras áreas". En el contexto de la práctica clínica, "sugieren la necesidad de reconsiderar los criterios utilizados para así incorporar la perspectiva de género en la atención a los síntomas reportados por los pacientes"¹⁶.

Con el objetivo de evitar la patologización del malestar provocado por las circunstancias sociales y de orientar la actual situación de desigualdad hacia un enfoque más equitativo de la atención clínica, se evidencia que "han surgido varias estrategias como medio de protección frente a la medicalización excesiva de la salud mental de las mujeres, entre ellas la incorporación de enfoques feministas a las psicoterapias narrativas. De esta

manera, la adopción de un enfoque holístico del cuidado del paciente podría generar una actitud menos discriminatoria hacia el cuidado de la depresión, lo que en última instancia reduciría el grado de medicalización de la salud mental, especialmente entre las mujeres¹⁶.

CONCLUSIONES

1. Las mujeres se encuentran con mayor frecuencia diagnosticadas de enfermedades mentales que los hombres.
2. Los roles de género afectan negativamente a la salud mental de las mujeres.
3. La estructura patriarcal de la sociedad tiende a patologizar y por ello a medicalizar procesos fisiológicos y actitudes sociales de la mujer.
4. Se empiezan a ver iniciativas para mejorar la equidad en salud mental con perspectiva de género.

REFLEXIONES FINALES

Tras finalizar la revisión, se observa que la mayoría de las causas que generan desigualdades de género en la salud mental de las mujeres, son las mismas que las que generan desigualdades en otros ámbitos de la sociedad.

Es muy importante aplicar un modelo biopsicosocial a la valoración de las mujeres para así ahondar en la etiología real de sus procesos, evitando la medicalización de sus síntomas y su cronificación. La estructura patriarcal de la sociedad tiende a patologizar procesos fisiológicos y actitudes de la mujer, que, como consecuencia, hacen que la vida de estas se encuentre medicalizada y sobrediagnosticada con respecto a la de los hombres.

Los roles de género afectan negativamente a la salud mental de las mujeres, aunque también cabe destacar que se empiezan a ver iniciativas para mejorar la equidad en salud mental con perspectiva de género. Por todo ello, resulta de vital importancia la formación de las enfermeras y demás profesionales sanitarios para prestar cuidados desde una perspectiva de género.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organization WH. Invertir en salud mental [Internet]. iris.who.int. Organización Mundial de la Salud; 2004 [cited 2023 Oct 14]. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/42897>
2. Gómez Taverner, Elena. "Desigualdades sociales y obesidad infanto-juvenil en España: análisis de la Encuesta Nacional de Salud 2017 (ENSE)." (2020).
3. Jaehn, Philipp y col. "La relación de las actitudes sobre los roles de género con la depresión y el trastorno de ansiedad generalizada en dos ciudades rusas". *Revista de trastornos afectivos* 264 (2020): 348-357.
4. Sol-Pastorino, María, Jairo Vanegas-López, and Ramón Florenzano-Urúza. "Salud mental con perspectiva de género." *salud pública de méxico* 59 (2017): 601-602.
5. Hernández-Aguado, Ildefonso, María Santaolaya Cesteros, and Pilar Campos Esteban. "Las desigualdades sociales en salud y la atención primaria. Informe SESPAS 2012." *Gaceta Sanitaria* 26 (2012): 6-13.
6. González González, Ángeles, and Isabel Alonso Cuervo. "Manual práctico para la identificación de las desigualdades de género." (2015).
7. Aznar, M. Pilar Matud, et al. "Género y uso de medicamentos ansiolíticos e hipnóticos en España/Gender and the use of anxiolytic and hypnotic drugs in Spain." *Journal of Feminist, Gender and Women Studies* 5 (2017).
8. Doblyté, Sigita. "Women are tired and men are in pain': gendered habitus and mental healthcare utilization in Spain." *Journal of Gender Studies* 29.6 (2020): 694-705.
9. Bacigalupe, A., Cabezas, A., Bueno, M. B., & Martín, U. (2020). Gender as a determinant of mental health and its medicalization. SESPAS Report 2020 | El género como determinante de la salud mental y su medicalización. Informe SESPAS 2020. *Gaceta Sanitaria*, 34, 61–67. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.06.013>.
10. de España, Gobierno. "Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social." Encuesta Nacional de Salud. España (2017).
11. Chang Paredes, Niurka, Victoria de la Caridad Ribot Reyes, and Viviana Pérez Fernández. "Influencia del estigma social en la rehabilitación y reinserción social de personas esquizofrénicas." *Revista Habanera de Ciencias Médicas* 17.5 (2018): 705-719.
12. Álamo, M. del P., and R. Acirón. "Guía de salud mental con perspectiva de género." (2017).
13. Couto, Marcia Thereza, et al. "La perspectiva feminista de la interseccionalidad en el campo de la salud pública: revisión narrativa de las producciones teórico-metodológicas." *Salud colectiva* 15 (2019): e1994.
14. Iáñez Domínguez, Antonio, et al. "La desmedicalización de la vida cotidiana de las mujeres: los grupos socioeducativos en el Sistema Sanitario Público Andaluz." *Gaceta Sanitaria* 33 (2019): 398-400.
15. Campbell, Olympia LK, David Bann y Praveetha Patalay. "La brecha de género en la salud mental de los adolescentes: una investigación transnacional de 566.829 adolescentes en 73 países". *SSM-salud de la población* 13 (2021): 100742.
16. Cabezas-Rodríguez, Andrea, Amaia Bacigalupe, and Unai Martín. "Diagnosis and treatment of depression in Spain: are there gender inequalities?." *International journal of environmental research and public health* 17.24 (2020): 9232.
17. Torre, Jorge Arias-de la, et al. "Mental health, family roles and employment status inside and outside the household in Spain." *Gaceta sanitaria* 33 (2019): 235-241.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Machuca Gutiérrez C, Pérez Jiménez JM. Causas y consecuencias de la desigualdad de género en salud mental. Una revisión bibliográfica. *Hygia de Enfermería*. 2023; 40(3): 116-122

Píldora metodológica: El Estudio de Caso como diseño de investigación cualitativa en Enfermería

Methodological note: The Case Study as a qualitative research design in Nursing

Aintzane Orkaizagirre Gómara^A y Almudena Arroyo Rodríguez^B

^A Universidad del País Vasco (San Sebastián).

^B Centro Universitario de Enfermería San Juan de Dios (Sevilla).

INTRODUCCIÓN

La investigación en Enfermería es esencial para mejorar la calidad de la atención y la toma de decisiones clínicas basadas en la evidencia¹. Por ello, fomentar la investigación en Ciencias de la Enfermería y la iniciación en la misma de estudiantes de Grado de Enfermería resulta estratégico. En este sentido, el Estudio de Caso presenta unas características facilitadoras en su propio desarrollo y genera unos beneficios concretos que suponen que se trate de un tipo de diseño de investigación cualitativa a considerar.

En primer lugar, el Estudio de Caso se caracteriza por su enfoque holístico y exhaustivo al explorar fenómenos de interés, situaciones o casos singulares², aunque en palabras de Xavier Coller “cualquier objeto de naturaleza social puede construirse como un caso”³. Con lo que su aplicación en la investigación enfermera resulta apropiada por brindar la oportunidad de explorar, comprender y describir casos únicos que proporcionan una perspectiva detallada y contextualizada de situaciones específicas relacionadas con los cuidados enfermeros y las vivencias en torno a la salud de las personas. Permite analizar en detalle casos individuales o un grupo de casos con el objetivo de obtener una comprensión profunda de aspectos multifactoriales y complejos de la práctica enfermera.

En segundo lugar, mediante este tipo de diseño de investigación se da respuesta a preguntas originadas en la práctica asistencial y el conocimiento que genera retorna al contexto en el que se originó permitiendo una retroalimentación y unión entre la teoría y la práctica⁴. Por lo tanto, resulta especialmente útil para estudiar fenómenos complejos de cuidado que por su singularidad pueden generar un nuevo conocimiento susceptible de transferirse a la práctica⁵.

Del mismo modo, la sencillez del desarrollo de este tipo de diseño supone que se trate de una herramienta estratégica para la iniciación en la investigación enfermera de estudiantes de Enfermería⁴. Esto en parte se debe al tipo de análisis propio de este diseño, ya que se debe desarrollar un análisis en profundidad del discurso de un sujeto (o sujetos) que atraviesa unas circunstancias críticas en su proceso de salud-enfermedad; o de una situación observable en su contexto natural^{6,7} lo que puede ser realizado por un único investigador⁴.

Algunas de las desventajas del Estudio de Caso tienen que ver con las clásicas críticas a la investigación cualitativa en la generación de conocimiento extrapolable. Los resultados de los Estudio de Caso son de carácter microsocial y resuelven problemas replicables en contextos similares⁸.

APLICACIÓN DEL ESTUDIO DE CASO COMO DISEÑO DE INVESTIGACIÓN CUALITATIVA EN ENFERMERÍA

Desde este diseño se abordan preguntas de investigación relevantes, se descubren nuevas perspectivas y se genera conocimiento⁸ aplicable a la práctica clínica. El Estudio de Caso como diseño de investigación puede ser implementado tanto por enfermeras en la asistencia clínica⁹ como por estudiantes de Enfermería en el ámbito académico, como se ha referido anteriormente^{5,7}. En la asistencia clínica, el Estudio de Caso permite investigar situaciones o intervenciones específicas dotándolas de un significado teórico y dando así una interpretación y respuesta basada en la evidencia, lo que favorece la generación de conocimiento y su aplicación en la práctica clínica, tal como queda recogido en el Estudio de Caso desarrollado por Orkaizagirre Gómara y Huércanos Esparza⁹. Por otro lado, en el contexto académico el Estudio de Caso puede ser utilizado por estudiantes de Enfermería como una herramienta para profundizar en temas específicos, realizar investigaciones exploratorias o piloto, y desarrollar habilidades de investigación tempranas. El objeto de estudio de estos últimos puede originarse en sus experiencias prácticas y/o puede estar enmarcado dentro de un abordaje teórico académico concreto, por ejemplo, en el trabajo fin de grado⁵.

A continuación, se presenta a modo de resumen los pasos a seguir para su aplicación práctica¹⁰:

1. Elección del caso: Elige un caso singular que quieras analizar. El caso debe recoger un fenómeno relacionado con la atención enfermera donde el peso del contexto es determinante (comprensión del entorno).

FECHA DE RECEPCIÓN: 21/9/2023

FECHA DE ACEPTACIÓN: 4/10/2023

Correspondencia: Almudena Arroyo Rodríguez

Correo electrónico: almudena.arroyo@sjd.es



2. Justificación del caso: Conceptualiza el problema de estudio, explicando la razón de su elección y su importancia, incluyendo datos estadísticos y epidemiológicos.
3. Enfoque teórico y antecedentes: Describe la perspectiva teórica desde la que se aborda y los estudios previos publicados. No te olvides de explicar los aspectos novedosos e innovadores del caso.
4. Desarrollo de los objetivos: Estos irán orientados a responder la pregunta de investigación y el conocimiento que pretendes obtener con el estudio del caso. Recuerda que se enuncian con un verbo en infinitivo, por ejemplo, describir, conocer...
5. Metodología: Como toda investigación, se deberán indicar los aspectos metodológicos que guiarán el desarrollo de la misma.
 1. Recogida de los datos: Para la recogida de datos se utilizarán técnicas como las entrevistas individuales o en grupo (grupos de discusión, grupos nominales, entre otros) y/o la observación participante. Las entrevistas se grabarán en audio.
 2. Transcripción de los datos (si es el caso) y organización de los mismos: A continuación, se transcriben los datos grabados y se organizan los recogidos a través de la observación.
 3. Análisis de los datos: Se indicarán los métodos para el análisis de los datos recopilados, como el análisis temático, categorización temática...
 4. Rigor metodológico: Se explicará la manera en que se van a garantizar la validez y fiabilidad de los resultados (triangulación, reflexividad...).
6. Consideraciones éticas: Se explicarán las medidas que garantizarán la protección de los participantes y la evitación de cualquier conflicto ético.
7. Descripción densa del caso: Narra de forma exhaustiva y detallada el caso. Presenta el caso a estudio, lo que sucedió, cómo afectó a su entorno y lo afrontó, utilizando los datos recogidos en el paso anterior.
8. Discusión de los resultados: Interpreta el significado y compara tus hallazgos con los estudios previos revisados. Destaca las novedades que aporta el caso, además de establecer las limitaciones que has tenido y prospectiva (nuevas preguntas de investigación). También se deben incluir propuestas para la resolución de los aspectos conflictivos o susceptibles de mejora desde las aportaciones de la evidencia científica.
9. Redacción de las conclusiones: Responde con las conclusiones a los objetivos planteados. Sugiere, en forma de recomendaciones, las implicaciones para la práctica.
10. No te olvides de revisar las normas de citación bibliográfica para dar difusión a tus hallazgos.

BENEFICIOS DEL ESTUDIO DE CASO COMO DISEÑO DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMERÍA

El Estudio de Caso ofrece múltiples aportaciones beneficiosas como diseño de investigación en Enfermería. En primer lugar, permite analizar y comprender de manera profunda situaciones complejas de cuidados, donde los factores contextuales y los

procesos interrelacionados pueden ser explorados en detalle. Esto proporciona una comprensión detallada y completa de los fenómenos de interés, lo que a su vez puede contribuir en el desarrollo de nuevas perspectivas y conocimientos en el campo de la Enfermería.

Además, el Estudio de Caso promueve la generación de evidencia basada en la práctica clínica real, permitiendo que los hallazgos se apliquen directamente a la toma de decisiones en la atención del paciente. Al analizar casos individuales, se pueden identificar patrones emergentes y factores clave que influyen en los resultados de salud, lo que contribuye a mejorar la práctica clínica y la calidad de la atención.

Otra aportación es el desarrollo de la capacidad de análisis, pensamiento crítico y reflexivo y la resolución de problemas en los investigadores⁹. Al enfrentarse a situaciones clínicas complejas, los estudiantes deben analizar, sintetizar y evaluar información relevante, desarrollando habilidades clave para la toma de decisiones clínicas fundamentadas.

CONCLUSIÓN

El Estudio de Caso como diseño de investigación cualitativa desempeña un papel esencial en el avance del conocimiento y la práctica en Enfermería. Su enfoque holístico y detallado permite profundizar en fenómenos complejos, generando conocimiento de aplicación en la práctica. Tanto en la asistencia clínica como en la formación de estudiantes de Enfermería el Estudio de Caso ofrece una valiosa oportunidad para profundizar en la generación de conocimiento de los cuidados y como consecuencia mejorar la práctica clínica y desarrollar habilidades de investigación para quien se esté iniciando en la misma. Al utilizar este diseño de investigación, se contribuye al desarrollo de una Enfermería Basada en la Evidencia y se promueve la calidad de la atención al paciente.

El Estudio de Caso proporciona una oportunidad valiosa para el desarrollo de investigaciones significativas y la formación de futuros investigadores en Enfermería.

BIBLIOGRAFÍA

1. Algase D, Stein K, Arslanian-Engoren C, Corte C, Sommers MS, Carey MG. An eye toward the future: Pressing questions for our discipline in today's academic and research climate. *Nurs Outlook*. 2021, 69(1):57-64. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2020.08.010>
2. Álvarez Álvarez C, San Fabián Maroto J. La elección del estudio de caso en investigación educativa. *Gaz de Antropol*. [Internet]. 2012;28(1). Disponible en: <http://hdl.handle.net/10481/20644> [Acceso 2/10/2023].
3. Coller, Xavier. Estudio de casos. Madrid: CIS; 2005.
4. Echevarría Pérez P. Integrando la investigación científica con el plan de cuidados de enfermería a través del diseño. Estudio de caso. En: Echevarría Pérez P, de Souza Oliveira AC, Morales Moreno I, Fortea Gorbe MI, editores. Estudio de caso en el trabajo de fin de grado en Enfermería: aspectos metodológicos y ejemplos prácticas. Madrid: Mc Graw Hill; 2014.
5. Echevarría Pérez P, de Souza Oliveira AC, Morales Moreno I, Fortea Gorbe MI, editores. Estudio de Caso en el Trabajo de Fin de Grado en Enfermería: aspectos metodológicos y ejemplos prácticos. Madrid: Mc Graw Hill; 2014.
6. Stake RE. Investigación con estudio de casos. 2a. ed. Madrid: Morata; 2010.
7. Orkaizagirre Gómara A, Amezua M, Huércanos Esparza I, Arroyo Rodríguez A. Case study, a learning tool of Relationship-Based Care. *Index Enferm*. 2014, 23(4):244-249. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000300011>.
8. Simons H. El estudio de caso: Teoría y práctica. Madrid: Morata; 2011.
9. Orkaizagirre Gómara A, Huércanos Esparza I. La enfermera novel en la Relación de Cuidado. A propósito de un caso de hemorragia. *Index Enferm*. 2014, 23(4):224-8. <https://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000300007>
10. Arroyo Rodríguez A, Amezua M, Orkaizagirre Gómara A. Diez claves para la elaboración de un Estudio de Caso cualitativo. *Index Enferm*. 2023, 32(2). <https://doi.org/10.58807/indexenferm20235871>.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Orkaizagirre Gómara A, Arroyo Rodríguez A. Píldora metodológica: El Estudio de Caso como diseño de investigación cualitativa en Enfermería. *Hygia de Enfermería*. 2023; 40(3): 123-125

Revisión de la literatura sobre el afrontamiento de la ansiedad en víctimas de acoso laboral

Literature review on anxiety management for mobbing victims

Andrea González Castillo^{AC}, Celia Gálvez López^{BC}, Laura Amuedo Morales^{AC}, Nuria Velasco Pedrosa^{AC} y Carlos Jado Tena^{BC}

^A EIR 2º año de Salud Mental.

^B Enfermera Especialista en Salud Mental.

^C Hospital Universitario Nuestra Señora de Valme (Sevilla).

RESUMEN

Introducción: El acoso laboral o mobbing está considerado hoy en día como uno de los principales estresores psicosociales, siendo un problema crítico por las consecuencias que tiene sobre la víctima a nivel psicológico, físico, social y económico. Entre estas consecuencias encontramos la ansiedad, que se asocia con altos niveles de incapacidad y un impacto en el bienestar personal, relaciones sociales y laborales.

Objetivos: conocer los resultados de los estudios existentes en la literatura científica sobre el afrontamiento de la ansiedad en víctimas de acoso laboral, así como la identificación de áreas que necesitan ser abordadas.

Metodología: se realizó una revisión de la literatura científica consultando bases de datos como PubMed y Scielo.

Resultados: se obtuvieron un total de 88 artículos. Tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión, se realizó una lectura crítica de 23 artículos, de los cuales 16 se incluyen en este artículo.

Conclusión: existe escasez en cuanto a la investigación de la eficacia de programas de afrontamiento de la ansiedad y más concretamente, en víctimas de acoso laboral. Además, se ha podido apreciar la falta de investigación en este campo también desde el ámbito de la Enfermería, que es la principal profesional para el desarrollo de los grupos psicoeducativos. Por otra parte, existe una necesidad de abordar las consecuencias psicológicas, físicas y conductuales de las víctimas de acoso laboral, pero existe también una necesidad de poner el foco en el origen del problema e incrementar las estrategias para prevenir, detectar precozmente y denunciar las conductas que pudieran constituirse como acoso en el lugar de trabajo.

PALABRAS CLAVE

acoso laboral, estrés, ansiedad, afrontamiento, programas

ABSTRACT

Introduction: Workplace bullying or mobbing is considered nowadays one of the main psychosocial stressors, being a critical problem due to the consequences it has on the victim at a psychological, physical, social, and economic level. Among these consequences, we encounter anxiety, which is associated with high levels of disability and an impact on personal well-being, social and work relationships.

Objective: to know the results of existing studies in the scientific literature on anxiety management for victims of mobbing, as well as the identification of areas that need to be addressed.

Methodology: a review of the scientific literature was carried out by consulting databases such as PubMed and Scielo.

Results: a total of 88 articles were obtained. After applying the inclusion and exclusion criteria, we have made a critical reading of 23 articles, of which 16 are included in this article.

Conclusion: There is a shortage of research into the effectiveness of anxiety coping programs and more specifically, in victims of mobbing. Furthermore, it has been possible to appreciate the lack of research in this field also from the field of Nursing, which is the main professional for the development of psychoeducational groups. On the other hand, it is necessary to address the psychological, physical and behavioral consequences of victims of workplace harassment, but it is also necessary to focus on the origin of the problem and increase strategies to prevent, early detect and report mobbing behaviors.

KEYWORDS

occupational stress, stress, anxiety, coping, program

INTRODUCCIÓN

Actualmente, el acoso psicológico en el lugar de trabajo, también denominado *mobbing*, está considerado como uno de los principales riesgos psicosociales que puede enfrentar un trabajador a lo largo de su vida laboral¹. Está descrito como una forma de violencia psicológica extrema, que se manifiesta a través de comportamientos muy diversos, producidos dentro

del mismo entorno laboral, de forma sistemática y durante un tiempo prolongado: al menos una vez a la semana durante un período de seis meses².

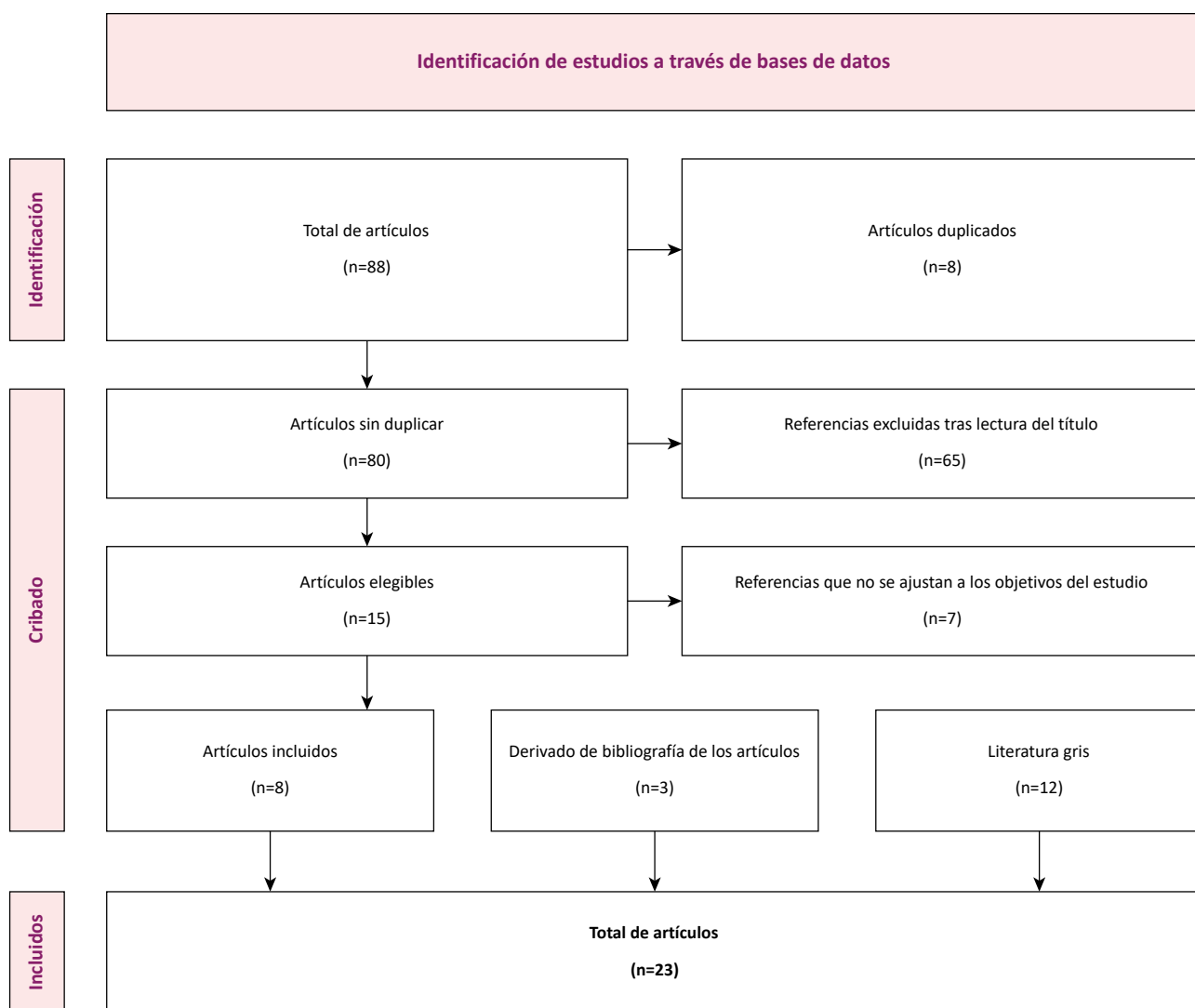
FECHA DE RECEPCIÓN: 27/10/2023

FECHA DE ACEPTACIÓN: 27/11/2023

Correspondencia: Andrea González Castillo

Correo electrónico: andreasgoncas@gmail.com

Figura 1. Flujograma.



Fuente: Elaboración propia.

No podemos hablar de *mobbing* o acoso laboral, sin antes hablar de *bullying* o acoso. El acoso o *bullying* se ha definido como: “el comportamiento frecuentemente intencional, repetido, persistente, ofensivo, abusivo, intimidatorio, malicioso o insultante, el abuso de poder o las sanciones penales injustas contra las cuales la víctima encuentra difícil defenderse. Tiene un efecto negativo en el receptor, que lo hace sentir molesto, amenazado, humillado o vulnerable, quebranta la confianza en sí mismo y puede causarle estrés”. Hasta la década de los ochenta, el término *mobbing* no se utilizaba en la literatura. Fue Leymann, el iniciador moderno de esta temática, el que adoptó el término, ya que observó un tipo de conducta similar a la de los niños, aunque en el lugar de trabajo. Basándose en los resultados de una extensa investigación llevada a cabo en lugares de trabajo suecos, Leymann creó una definición operativa del concepto. Se refirió al *mobbing* como “hostilidad y comunicación poco ética, que es sistemáticamente dirigida por una o varias personas, principalmente hacia 1 persona. Estas actividades se realizan con frecuencia (casi todos los días) y durante un período prolongado (al menos 6 meses), y debido a esta frecuencia y duración, conducen a la caquexia mental y psicofísica”. El autor propone mantener

el término *bullying* para las agresiones sociales entre niños y adolescentes en la escuela y el término *mobbing* para la conducta en los adultos³.

En cuanto a la prevalencia del acoso laboral, muestra una gran variación en función de cómo se mida. Se han encontrado tasas de prevalencia general estimada de entre el 11-18%. Mismamente, se estimó que el 15 % de la población mundial estuvo expuesta a comportamientos laborales negativos que pueden experimentarse como acoso^{4,5}.

El *mobbing* o acoso laboral, no ocurre exclusivamente por causas del propio desempeño laboral, sino que tiene su origen en las relaciones interpersonales que se establecen entre los individuos en el lugar de trabajo. Además, la respuesta de estrés, que no es más que una forma de adaptación del ser humano a las diversas situaciones, no depende solo del estímulo, sino de las características del individuo que lo hacen más o menos vulnerable a la situación. A pesar de que se ha considerado que no existen características definitivas en las víctimas y que cualquier trabajador es susceptible de sufrir acoso laboral a lo largo de su trayectoria profesional, la

estructura de la personalidad de las víctimas ha sido objeto de estudio y gran controversia en cuanto a su importancia¹.

Son numerosos los estudios que plantean la asociación del acoso laboral con una mayor ansiedad y depresión y, por tanto, con una mayor sintomatología física y psicológica negativa. Además, los costes financieros que supone el acoso laboral también se ven afectados, debido al absentismo laboral que produce este problema y suponen un impacto para el funcionamiento organizacional y para la sostenibilidad del negocio. Se estimó un gasto de 3.700 millones de libras solo en Reino Unido debido a las bajas por este motivo⁴.

El acoso en el trabajo, en términos generales, tiene consecuencias sobre la víctima a nivel psicológico, físico, social y económico, por lo que es importante analizar este fenómeno dentro de la organización. La Organización Mundial de la Salud (OMS) define salud mental como, “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad”⁶. Esta definición revela la importancia de los entornos sociales, económicos y físicos que afectan la experiencia de salud de las personas. Además de las consecuencias físicas y psicológicas negativas del *mobbing* sobre la víctima, también se encuentra el deterioro en el funcionamiento social, pudiendo producir mayor aislamiento en las víctimas, limitando aún más su funcionalidad.

Todo esto muestra la importancia y la necesidad de establecer un diagnóstico y un tratamiento oportuno de la ansiedad y la depresión como métodos para prevenir problemas posteriores relacionados con síntomas psicológicos y físicos. Una intervención que actúe sobre los síntomas de la ansiedad y que ayude a prevenirlos, puede mejorar la calidad de vida de las personas que sufren diariamente este gran problema. Asimismo, las guías de prácticas clínicas sobre ansiedad insisten en la participación activa de la persona en su tratamiento, viendo al profesional no como “terapeuta”, sino como “facilitador” de herramientas y técnicas. Esto promueve que sea el paciente el que use sus propios recursos a favor de su atención⁷.

Para abordar los trastornos de ansiedad leve en Atención Primaria, la segunda edición del Proceso Asistencial Integrado Ansiedad, Depresión y Somatizaciones⁷, así como el Protocolo Asistencial de la Ansiedad⁹, recomiendan la oferta de grupos psicoeducativos, dirigidos a las personas con ansiedad leve-moderada cuyos síntomas no han mejorado después de la primera línea de intervención (psicoeducación, entrega de guías de autoayuda y seguimiento activo). Este programa combina la psicoeducación en materia de ansiedad, con la relajación progresiva de Jacobson, que ha demostrado tener una eficacia significativa en la reducción de la ansiedad⁷.

En la primera línea estratégica del III Plan Integral de Salud Mental de Andalucía 2016-2020: “Promoción y Prevención”, están contempladas la promoción del bienestar emocional de la población, la promoción de entornos de trabajo saludables, y el afrontamiento del estrés laboral, haciendo efectivo el enfoque de salud mental en todas las políticas. La mayor parte de las propuestas sobre la promoción del bienestar emocional de la población van dirigidas a aumentar intervenciones sobre “hábitos de vida mentalmente saludables”, fomentando que la salud mental esté presente en todas aquellas actividades que buscan el incremento de la calidad de vida de la población. Para fomentar la salud mental en los entornos de trabajo, este Plan propone hacerlo a través

de las diferentes líneas de acción como la “incorporación en las estrategias y programas de promoción de la salud, y muy especialmente en aquellas desarrolladas fuera del ámbito sanitario, de contenidos relacionados con el cuidado de la salud emocional y de su relación con la salud física, independientemente de la edad o situación de salud”. Se plantea también la necesidad de “intensificar las estrategias de prevención ante el estrés laboral, en el marco de los programas de Promoción de la salud en los lugares de trabajo, abordar otros riesgos psicosociales vinculados al trabajo, así como detectar y prevenir precozmente situaciones de acoso laboral”. Por todo esto, las estrategias de promoción y prevención desarrolladas en Andalucía para combatir el malestar psicosocial de la población adulta deben seguir avanzando y tener su reflejo en las actividades de la Unidad de Gestión Clínica, tanto en Atención Primaria como en Salud Mental¹⁰.

Finalmente, nos propusimos como objetivo actualizar los conocimientos sobre el afrontamiento de la ansiedad ante situaciones de acoso laboral y fundamentar las bases de una investigación original sobre el mismo.

METODOLOGÍA

En primer lugar, se llevó a cabo una revisión de la literatura de artículos que abordaran el acoso laboral, ansiedad, estrés laboral y programas de afrontamiento, consultando bases de datos como PubMed y Scielo. Se utilizaron descriptores en Ciencias de Salud (DeCS) y de la National Library of Medicine denominado Medical Subject Headings (MeSH), en inglés y sus equivalentes en español “occupational stress”, “stress”, “anxiety”, “coping”, “program”. El operador booleano “AND” fue el más utilizado en la mayoría de las búsquedas bibliográficas para poder obtener artículos de todos los términos de la búsqueda. Se ha acotado la estrategia de búsqueda utilizando los siguientes filtros:

- Últimos 10 años (2013-2023), aunque por tener especial relevancia se han utilizado artículos más antiguos (1996-2011).
- Idiomas: español, inglés y polaco.
- Acceso a texto completo.

Además de los artículos obtenidos anteriormente tras haber consultado distintas bases de datos, también se han utilizado artículos procedentes de la “literatura gris”. (Ver Tabla 1 y 2)

RESULTADOS

Se obtuvieron un total de 88 artículos de la búsqueda en las bases de datos. Fueron excluidos 8 por estar duplicados, 65 tras la lectura del título y 7 por no ajustarse a los objetivos del proyecto. Para el presente manuscrito han sido utilizados 6 de ellos.

También se utilizaron 12 artículos de revistas científicas, plataformas científicas, organismos, instituciones y sociedades científicas como “literatura gris” con la finalidad de obtener toda la información necesaria para abarcar los objetivos marcados en este proyecto, de los cuales 7 han sido utilizados para este trabajo:

- Organización Mundial de la Salud
- Junta de Andalucía
- Depósito de Investigación de la Universidad de Sevilla

Tabla 1. Criterios de inclusión y exclusión de artículos.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
Artículos publicados en los últimos 10 años, con excepción de artículos de años anteriores relevantes para el proyecto.	Artículos anteriores al año 2013, con excepción de artículos relevantes para el proyecto.
Artículos en español e inglés, incluyendo un artículo en polaco.	
Artículos relacionados con la temática del proyecto.	Artículos que no estén relacionados con la temática del proyecto.
Artículos con acceso a texto completo.	Artículos que no tuviesen acceso a texto completo.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 2. Bases de datos, descriptores y operadores booleanos utilizados y artículos encontrados.

BASES DE DATOS	ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	RESULTADOS
PubMed	"Mobbing" AND "Anxiety"	12
	"Mobbing" AND "Mental Health"	12
Scielo	"Mobbing" AND "Ansiedad"	2
	"Acoso laboral" AND "Género"	24
	"Acoso laboral" AND "Salud Mental"	16
	"Acoso laboral" AND "Población"	20
	"Programa" AND "Estrés" AND "Víctimas" AND "Mobbing"	2

Nota: Se muestran, términos DeCS y MeSH que han sido utilizados durante el proceso de búsqueda bibliográfica en las diferentes bases de datos.

Fuente: Elaboración propia.

- Eurofound (European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions)
- Revista Médica Clínica Los Condes

Asimismo, se revisaron las referencias bibliográficas de los artículos elegidos, en busca de artículos de interés con respecto al proyecto de investigación, de los que se rescataron 3 artículos (Figura 1).

Durante la revisión de la literatura, no se encontraron estudios sobre la eficacia de programas de afrontamiento de la ansiedad ni sobre su aplicación en las víctimas de acoso laboral. Tampoco se encontraron estudios realizados por parte de la figura de Enfermería.

Los estudios sobre *mobbing* descritos en la literatura se refieren a la frecuencia de su ocurrencia, factores de riesgo y

consecuencias. Las investigaciones realizadas en Europa indican que el *mobbing* afecta a alrededor del 8% al 9% de los empleados¹¹. Según el último informe de la Fundación Europea para la Mejora de las Condiciones de Vida y de Trabajo de 2021, aproximadamente un 15% de los españoles se han visto sometidos en al menos una situación de acoso laboral a lo largo de su vida y según la última encuesta global de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), alrededor del 22% del total de la población sufre actualmente acoso laboral o *mobbing*, cifra que representa unos 743 millones de personas¹².

En cuanto al género, no se han encontrado estudios que sugieran una mayor prevalencia en mujeres que en hombres, pero los resultados de distintos estudios indican que, aunque el acoso laboral influye de forma negativa en la salud mental de todas las personas que lo sufren, su efecto es mucho más grave en las mujeres que en los hombres¹³.

Centrándonos en las víctimas, el estudio de la estructura de la personalidad de las víctimas ha generado gran controversia en cuanto a su importancia, existiendo estudios que indican la presencia de una pobre autoestima y elevados niveles de ansiedad social en las relaciones interpersonales de dichas víctimas, elevados niveles de neuroticismo y baja extroversión¹⁴. Por lo que se refiere al número de acosadores, existen estudios que muestran que entre el 20% y el 40% de los casos existe únicamente una persona que acosa a la víctima, mientras que entre el 15% y el 25% de los casos hay cuatro o más acosadores. Se evidencia también que cuanto más duradero es el *mobbing*, más personas llegan a implicarse en el proceso debido a la dificultad de permanecer como un observador neutral¹⁵.

En cuanto a los efectos del *mobbing* sobre la salud mental de los trabajadores acosados, la literatura existente demostró que los trabajadores acosados presentan unos niveles de ansiedad-estado y depresión significativamente superiores a la población normal, presentando en la suma una sintomatología ansioso-depresiva moderada¹⁴.

Con respecto a los resultados sobre las intervenciones propuestas, la evidencia respalda el uso de la psicoeducación y los grupos psicoeducativos como método efectivo de intervención, existiendo estudios que sugieren que esta intervención puede producir una disminución de la incidencia de la ansiedad severa y la depresión¹⁶.

DISCUSIÓN

Como limitaciones encontradas a la hora de realizar la revisión bibliográfica sobre el tema de este proyecto encontramos las siguientes:

- El limitado número de estudios hallados en los que se realice un programa de afrontamiento de la ansiedad y, más concretamente, en víctimas de acoso laboral, encontrando solamente un estudio que describe dicha intervención en este grupo de personas. Por lo tanto, también han sido escasos los artículos localizados en los que se evalúa la ansiedad tras esta intervención.
- La dificultad para hallar una escala que mida el manejo y/o el afrontamiento del acoso laboral.

Los datos no señalan diferencias significativas en cuanto a la prevalencia con respecto al género, pero sí un mayor efecto negativo sobre las mujeres. Aunque no se sabe la causa de ello, pudiera ser que las mujeres también estuviesen sufriendo acoso sexual, el cual sigue siendo mucho más común en el género femenino y del que existe evidencia de que su impacto en la salud mental es más elevado que las otras formas de violencia laboral. Por tanto, se necesitarían estudios adicionales para investigar más en profundidad este fenómeno.

Con respecto a las características de las víctimas, no se puede afirmar que exista un perfil psicológico que predisponga a una persona a ser víctima de acoso laboral, por dos razones:

1. Cualquier persona en cualquier momento puede ser víctima.
2. Se observa una amplia variedad de datos empíricos en cuanto a las características de la personalidad de estos sujetos.

La alta prevalencia del acoso laboral tanto a nivel nacional como mundial, hace que este fenómeno sea un problema de

considerable importancia y de enorme gravedad por el gran número de víctimas que genera y por las consecuencias que tiene sobre la salud mental de los trabajadores y sobre la organización. Todo esto evidencia la necesidad de detectar e intervenir de forma temprana y de establecer un diagnóstico y un tratamiento oportuno de los síntomas físicos y psicológicos de la víctima, con el fin de prevenir problemas posteriores y mejorar su calidad de vida. Se hace necesaria e imprescindible también el aumento de estrategias de formación y prevención en materia de acoso laboral dirigidas a trabajadores, futuros trabajadores y directivos de las organizaciones, con el objetivo de salvaguardar la seguridad del trabajador.

CONCLUSIONES

Existe escasez en cuanto a la investigación de la eficacia de programas de afrontamiento de la ansiedad y más concretamente, en víctimas de acoso laboral. Además, se ha podido apreciar la falta de investigación en este campo también desde el ámbito de la Enfermería, que es la principal profesional para el desarrollo de los grupos psicoeducativos, y es la Enfermera Especialista en Salud Mental la que lleva a cabo los Grupos de Afrontamiento de la Ansiedad incluidos en los protocolos mencionados anteriormente (Proceso Asistencial Integrado Ansiedad, Depresión y Somatizaciones y Protocolo Asistencial de la Ansiedad) en las Unidades de Salud Mental Comunitaria. A través de la puesta en marcha de este proyecto podría verse reforzada la investigación enfermera en general y en este campo en concreto.

Además, se necesitarían estudios adicionales para conocer las diferencias del impacto del acoso laboral y los tipos de acoso laboral más comunes por género, ya que, a pesar de no existir diferencias significativas en la prevalencia, tiene un efecto más negativo en la salud mental de las mujeres.

Por otra parte, la implantación de un programa de afrontamiento de la ansiedad como grupo psicoeducativo de intervención podría beneficiar a las víctimas para disminuir los niveles de ansiedad y mejorar las estrategias de manejo, como propone el presente estudio y como respalda la evidencia. Respecto al número de participantes, la modalidad grupal puede otorgar beneficios asociados al compartir experiencias con quienes viven situaciones similares, fomentan las redes de apoyo informales, y entregan un espacio con diversos puntos de vista y comportamientos que promueven el respeto y el aprendizaje a través de las vivencias de los otros. Además, esta modalidad es costo efectivo, ya que considera un uso más eficiente del tiempo para los profesionales.

Como hemos podido apreciar, es evidente que existe una necesidad de abordar las consecuencias psicológicas, físicas y conductuales de las víctimas de acoso laboral, pero existe también una necesidad de poner el foco en el origen del problema e incrementar las estrategias no sólo para afrontar las consecuencias del estrés laboral, sino para prevenir, detectar precozmente y denunciar las conductas que pudieran constituirse como acoso en el lugar de trabajo, quizás dando a conocer los protocolos y procedimientos de actuación de cada Comunidad Autónoma, sus criterios y garantías de actuación.

A raíz de las conclusiones extraídas, se considera importante establecer líneas futuras de investigación en este ámbito, tanto para dar a conocer las herramientas e intervenciones propuestas,

así como para demostrar su eficacia. De esta manera se podrán prevenir problemas posteriores en las víctimas y se podrá ayudar a las personas que sufren este problema cada día. Para ello, se propone un proyecto piloto en el que se plantea un diseño cuasi-experimental pretest-postest de un solo grupo, con el objetivo de disminuir la ansiedad y mejorar las estrategias de afrontamiento de las víctimas de acoso laboral en una población en seguimiento por las USMC del Área de Gestión Sanitaria Sur de Sevilla (AGSSS). Se asignaría un factor de estudio y se controlaría a lo largo de la investigación, realizando un análisis

de la situación antes y después de la intervención. Se realizaría una intervención psicoeducativa de afrontamiento de la ansiedad y se valoraría la ansiedad antes y después mediante un cuestionario. Considerando relevante una disminución promedio mínima de 5 puntos en la valoración global de la escala de ansiedad más una variabilidad de 8 puntos, un error α del 5%, unas potencias de test del 80% y una pérdida estimada del 25%, resulta necesario analizar un mínimo de 27 sujetos. Este tamaño de muestra permite abordar también el estudio del acoso laboral el cual necesitaría 24 como sujetos mínimo.

BIBLIOGRAFÍA

- González-Trijueque D. Programa para el control del estrés aplicado a una víctima de *Mobbing*: Estudio de un caso. Cienc Psicol [Internet]. 30 de noviembre de 2014 [citado 24 de septiembre de 2023];8(2):151-62. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.22235/cp.v8i2.1033>
- Leymann H. The content and development of *mobbing* at work. Eur J Work Org Psychol [Internet]. 1996;5(2):165–84.
- Trujillo Flores MM, Valderrabano Almegua M de la L, Hernández Mendoza R. *Mobbing*: historia, causas, efectos y propuesta de un modelo para las organizaciones mexicanas. Innovar [Internet]. 2007 [citado el 24 de septiembre de 2023];17(29):71–92. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-50512007000100004&lng=en&tlng=es
- Lo Presti A, Pappone P, Landolfi A. The associations between workplace *bullying* and physical or psychological negative symptoms: Anxiety and depression as mediators. Eur J Psychol [Internet]. 2019 [citado 21 de febrero de 2023];15(4):808–22. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.5964/ejop.v15i4.1733>.
- Nielsen MB, Matthiesen SB, Einarsen S. The impact of methodological moderators on prevalence rates of workplace *bullying*. A meta-analysis. J Occup Organ Psychol [Internet]. 2010 [citado 23 de febrero de 2023];83(4):955–79. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1348/096317909x481256>
- Organización Mundial de la Salud. Invertir en Salud Mental [Internet]. OMS; 2004 [citado el 04 de abril 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/924156257>
- Consejería de Salud. Grupo de Afrontamiento de la Ansiedad en Atención Primaria. Edición Mayo 2016. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía, 2016. Disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sinfiles/wsas-media-pdf_publicacion/2021/Grupo_Afrontamiento_Ansiedad_AP_SAS_2016_DEF.pdf
- Consejería de Salud. Proceso Asistencial Integrado Ansiedad, Depresión y Somatizaciones. 2ª edición. Sevilla: Consejería de Salud. Junta de Andalucía; 2011. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af1956d163e3_ansiedad_depresion_somatizacion.pdf
- Consejería de Salud y Familias. Consulta de Reorientación de la Demanda. Protocolo Asistencial: Ansiedad. Sevilla: Consejería de Salud y Familias. Junta de Andalucía; 2020. Disponible en: https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sinfiles/wsas-media-mediafile_sasdocumento/2021/ANSIEDAD_0.pdf
- III Plan Integral de Salud Mental 2016-2020 (en revisión). Servicio Andaluz de Salud. 2016-2020. Disponible en: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/el-sas/servicios-y-centros/salud-mental/iii-plan-integral-de-salud-mental-2016-2020-en-revision>
- Grzesiuk L, Szymańska A, Jastrzębska J, Rutkowska M. The relationship between the manifestations of *mobbing* and reactions of *mobbing* victims. MedycynaPracy. 2022;73(1):1-12. <https://doi.org/10.13075/mp.5893.01002>.
- Eurofound. Working conditions and sustainable work: An analysis using the job quality framework, Challenges and prospects in the EU series. Publications Office of the European Union. Luxembourg; 2021. Disponible en: https://www.eurofound.europa.eu/sites/default/files/ef_publication/field_ef_document/ef20021en.pdf
- Matud Aznar MP, Velasco Portero T, Sánchez Tovar L, Espejo MJ del P, Voltos Dorta D. Acoso Laboral en Mujeres y Hombres: Un estudio en la población española. Salud Trab - Postgrado Salud Ocup Hig Ambiente Labor Univ Carabobo [Internet]. 2013. [citado el 5 de abril de 2023];21(1):19–30. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1315-01382013000100003.
- González Trijueque D, Delgado Marina S. Acoso laboral y trastornos de la personalidad: un estudio con el MCMI-II. Clín Sal [Internet]. 2008 Sep [citado 7 de febrero de 2023]; 19(2): 191-204. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742008000200003&lng=es.
- Instituto de la Mujer [Internet]. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (ES). *Mobbing*, GÉNERO Y SALUD. 2003-2006 [citado el 5 de abril de 2023]. Disponible en: <https://www.inmujeres.gob.es/publicacioneselectronicas/documentacion/Documentos/D E0099.pdf>
- Godoy D, Eberhard A, Abarca F, Acuña B, Muñoz R. Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares. Rev Med Clin Las Condes. marzo de 2020;31(2):169-73. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2020.01.005>

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

González Castillo A, Gálvez López C, Amuedo Morales L, Velasco Pedrosa N, Jado Tena C. Revisión de la literatura sobre el afrontamiento de la ansiedad en víctimas de acoso laboral. Hygia de Enfermería. 2023; 40(3): 126-131

El sentido de acreditarse

Usefulness of the professional skills accreditation

Mercedes Terrero Varilla

Enfermera comunitaria. Miembro del comité de redacción de Hygia.

Los profesionales sanitarios pertenecientes a la red del Sistema Sanitario Público de Andalucía estamos inmersos en un proceso extraordinario de carrera profesional que, en ocasiones, exige la acreditación o reacreditación. La carrera profesional en el SAS brinda al personal fijo estatutario la posibilidad de progresar y mejorar en sus condiciones, algo que no siempre ocurre en la empresa privada. A través de esta herramienta la sanidad pública fideliza a sus profesionales, que además obtienen un plus de motivación como consecuencia de estos incentivos. Vamos a aprovechar este espacio para hacer una reflexión sencilla, justificada y basada en la literatura existente sobre las ventajas de la acreditación profesional y aclarar conceptos como acreditación, certificación y calidad.

¿QUÉ IMPORTANCIA TIENE LA ACREDITACIÓN PROFESIONAL?

En primer lugar podemos definir acreditación profesional como el conjunto de competencias (conocimientos, habilidades y actitudes) válidas para el ejercicio de una actividad profesional, que pueden adquirirse a través de la formación o de la experiencia laboral¹. Que un profesional esté acreditado significa que tiene crédito o reputación. La acreditación es una herramienta para la mejora continua de la calidad, con la cual las organizaciones de salud desarrollan un proceso continuo y sistemático de autoevaluación interna y evaluación externa que les permita detectar las oportunidades de mejora y afianzamiento de las fortalezas. Los principales beneficios de la acreditación pueden ser:

1. Aporta mayor seguridad al cliente
2. Significa mayor competitividad
3. Proporciona orden de actividades
4. Minimiza los errores

La gestión de calidad en las instituciones de salud puede ser mejorada cuando los profesionales que componen el cuadro de colaboradores se involucran en los procesos y en su forma de trabajar. Para que eso se vuelva una realidad, es importante estimular a los profesionales de salud a través

de la capacitación continua. De esa forma, se desarrolla la capacidad de análisis y los procesos son beneficiados como un todo. La certificación hace que paulatinamente, se verifique un cambio de hábitos. Los profesionales que participan en el proceso de acreditación tienen una tendencia a esforzarse en el trabajo. Cuando los colaboradores tienen una voz activa, se comprometen más, son más eficientes y se comprometen con las metas y objetivos².

Los profesionales sanitarios que no se acreditan, no lo hacen porque, no lo ven necesario o, simplemente, no ven para qué sirve la acreditación. Si entendiéramos que la acreditación es igual a calidad y que la calidad es igual a mejora, quizás sí entenderíamos la necesidad de acreditarnos. El que no mejora, se degrada. Por tanto hay que ver la acreditación como un fin, buscando la calidad, buscando la mejora.

Las administraciones competentes de cada comunidad autónoma convocan procedimientos de evaluación y acreditación de competencias en los que se puede obtener, tras unas pruebas concretas, una acreditación con validez en todo el territorio nacional. Todo proceso de acreditación tiene tres fases: fase de inscripción, fase de asesoramiento y fase de evaluación. Una vez finalizada el proceso se realiza la certificación de competencias a través de la emisión de un certificado donde se reconoce el nivel de competencias adquiridas³.

¿QUÉ ES LA CERTIFICACIÓN ACSA?

Es un reconocimiento público a la calidad de los servicios que prestan los profesionales y las organizaciones del sector de la salud y social, mediante el cumplimiento de los requisitos establecidos en diferentes programas para impulsar una atención sanitaria y social que responda cada vez mejor a las necesidades de la población. Es el resultado de un proceso que permite verificar la presencia o adquisición de competencias clave en la práctica real y diaria de un profesional sanitario³.

¿EN QUÉ CONSISTE EL PROCESO DE CERTIFICACIÓN?

Es el resultado de un proceso que incluye una autoevaluación y una evaluación externa, en la que evaluadores cualificados garantizan que el servicio se ajusta a los estándares de calidad

FECHA DE RECEPCIÓN: 29/11/2023

FECHA DE ACEPTACIÓN: 15/12/2023

Correspondencia: Mercedes Terrero Varilla

Correo electrónico: mercedes.terrero@icoes.es

definidos para el profesional o para la organización o institución sanitaria. El proceso de certificación otorga un papel relevante a la autoevaluación. Cada profesional es el gestor de su proceso de certificación: el profesional identifica cuál es su posición actual, determina dónde quiere llegar y planifica las actuaciones para conseguirlo⁴.

¿QUÉ IMPORTANCIA TIENE LA ACREDITACIÓN DE LOS CENTROS SANITARIOS?

La acreditación de centros impacta directamente en la calidad del funcionamiento de los hospitales y centros sanitarios y en la atención a los pacientes. La implementación de procedimientos normativos estandarizados es buena para la rutina de trabajo para los prestadores de servicios para la salud. Obtener una acreditación también coloca a su institución como una referencia en el sector. Una de las consecuencias positivas es la mejora de la imagen de la institución frente a la opinión pública, lo que estimula la confianza de los pacientes y profesionales involucrados⁵.

¿CUÁNTOS NIVELES DE ACREDITACIÓN EXISTEN Y CÓMO SE PUEDE ACCEDER?

En función de la evaluación, la agencia de calidad sanitaria de Andalucía otorga su sello de calidad en tres niveles progresivos: Avanzado, Óptimo o Excelente. Cada nivel de certificación se clasifica según el nivel de complejidad.

El proceso de acreditación consta de cuatro fases:

Fase 1. Inicio del proceso: donde el profesional realiza la solicitud a través de la plataforma informática ME_jora P, sobre la que

se sustenta todo el proceso de acreditación de competencias y la ACSA (agencia de calidad sanitaria de Andalucía) pone a su disposición un equipo de tutores-guía.

Fase 2. Autoevaluación: donde el profesional aporta pruebas de su buen hacer en el desempeño profesional evidenciando un determinado nivel de competencias: el que tiene o el que alcance durante el proceso de certificación.

Fase 3. Evaluación: donde un equipo de evaluadores cualificados de la ACSA estudia la autoevaluación del profesional, evaluando las pruebas aportadas y determinando el nivel de cumplimiento de las buenas prácticas en el desempeño profesional.

Fase 4. Certificación: donde en función de los resultados de la evaluación, la ACSA emite un informe de resultados y la correspondiente Certificación del resultado de la evaluación en el nivel de desarrollo que el profesional haya alcanzado: Avanzado, Experto o Excelente.

Fase 5. Acreditación: donde una vez emitido el certificado, el profesional tiene la opción de solicitar al órgano competente (Secretaría General de Salud Pública e I+D+i en Salud de la Consejería de Salud y Consumo) la formalización de su acreditación y obtener el certificado de acreditación definitivo, cuya validez máxima será de 5 años⁶.

CONCLUSIONES FINALES

En definitiva la acreditación profesional es una herramienta para la mejora continua de la calidad tanto profesional como de los centros sanitarios. Es necesario verla como un fin para la mejora de la calidad. Podríamos concluir diciendo que “el enemigo de la calidad no es hacer las cosas mal, es hacer las cosas como siempre se han hecho y no cuestionarse nada”.

BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA

1. Acreditación de competencias por experiencia laboral. Gencat. Servei Public docupacio de Catalunya. Disponible en: <https://fp.gencat.cat/ca/inici/> [consultado el 22 de nov de 2023]
2. Formato Documento Electrónico (ISO) SANTOS PENA, Moisés y DE PAZOS CARRAZANA, Juan. La gestión de la calidad en las instituciones de salud. MediSur [online]. 2009, vol.7, n.5 [citado 2023-12-03], pp.1-2. ISSN 1727-897X. Disponible en <http://http://scielo.sld.cu/scielo> [consultado el 20 de nov de 2023]
3. Orientación de competencias. Acreditación académica. Disponible en: <https://www.educaweb.com> [consultado el 30 de nov de 2023]
4. Certificado profesional. Junta de Andalucía. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/temas/trabajar/formacion/certificados.html> [consultado el 1 de dic de 2023]
5. Manuales de estándares de instituciones sanitarias. Disponible en: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/archivo/manual-de-instituciones-sanitarias.pdf>. [consultado el 3 de dic de 2023]
6. Certificación de profesionales sanitarios. Agencia de calidad sanitaria. Disponible en: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/certificacion-acsa/certificacion-para-profesionales-sanitarios/>. [consultado el 3 de dic de 2023].

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Terrero Varilla M. El sentido de acreditarse. *Hygia de Enfermería*. 2023; 40(3): 132-133

Matronas en peligro de extinción

María José Remesal Prieto^A y Cristina Quirós Córdoba^B

^A Matrona. Hospital Universitario Virgen de Valme (Sevilla). ^B Matrona. Hospital Reina Sofía (Córdoba).

Sr director, cuando hablamos de la matrona lo hacemos de una de las profesiones más antiguas del mundo. En los textos más antiguos que se han revisado al respecto se hace referencia a nosotras con una denominación propia. Mujeres que se dedicaban a ayudar a otras mujeres en un momento vital de su vida. En diferentes culturas separadas geográficamente la matrona siempre ha sido representada como una mujer sentada frente a la parturienta en un banco a menor altura que la mujer, y dirigiendo al entorno, formado por mujeres de la familia de la que está dando a luz. Entre sus atribuciones estaban además de la asistencia al parto, el cortar el cordón umbilical, el lavado del recién nacido y la vigilancia en el postparto inmediato.

Con el tiempo, el paso a la universidad de la enfermería y el avance de la ciencia nuestra profesión ha pasado a ampliar su perfil competencial hasta abarcar todo el ámbito de la salud de la mujer. Según la Orden SAS/1349/2009, de 6 de mayo por el que se aprueba y publica el programa formativo de Enfermería Obstétrica-Ginecológica (Matrona) que establece en el apartado 3 de su anexo las competencias de las matronas, completando las previstas en la Directiva 2005/36/CE:

El perfil competencial derivado de dicho esquema determina que al concluir su programa formativo la matrona debe ser competente y en consecuencia estar capacitada para:

- a) Participar y, en su caso, liderar y dinamizar programas de salud materno-infantil, atención a la mujer y de salud sexual y reproductiva.
- b) Prestar atención al binomio madre hijo en el diagnóstico, control y asistencia durante el embarazo, auxiliándose de los medios clínicos y tecnológicos adecuados.
- c) Prestar atención al binomio madre hijo en el diagnóstico, control y asistencia durante el parto, auxiliándose de los medios clínicos y tecnológicos adecuados.
- d) Prestar atención al binomio madre hijo en el diagnóstico, control y asistencia durante el puerperio, auxiliándose de los medios clínicos y tecnológicos adecuados.
- e) Prestar atención al neonato dirigida a favorecer los procesos de adaptación y detectar precozmente las situaciones de riesgo.
- f) Detectar precozmente los factores de riesgo y problemas de salud en el binomio madre hijo durante el embarazo, parto y puerperio, llevando a cabo actividades de diagnóstico, control, derivación y seguimiento de los mismos, y, en caso necesario, tomar las medidas de urgencia oportunas.
- g) Realizar una adecuada educación para la salud a la mujer, familia y comunidad identificando las necesidades de aprendizaje en relación con la salud materno-infantil, la salud sexual, reproductiva y en el climaterio, llevando a cabo los diferentes programas educativos relacionados con las necesidades detectadas.
- h) Realizar consejo afectivo sexual y consejo reproductivo a la mujer, jóvenes y familia.
- i) Promover una vivencia positiva y una actitud responsable de la sexualidad en la población y asesorar en materia de anticoncepción.
- j) Realizar actividades de promoción, prevención y colaborar en las actividades de asistencia y recuperación de la salud sexual, reproductiva y del climaterio de la mujer.
- k) Detectar en la mujer factores de riesgo genético y problemas ginecológicos, para derivar, en su caso al profesional competente.
- l) Aplicar los principios del razonamiento clínico, detección de problemas, toma de decisiones, plan de actuación y cuidados y evaluación, adecuados a las diferentes situaciones clínicas en el ámbito de actuación de la matrona.
- m) Establecer una comunicación efectiva con la mujer, familia y grupos sociales.
- n) Trabajar y comunicarse de forma efectiva con el equipo de salud.
- o) Ejercer la profesión de matrona de forma ética en base a la legislación vigente y asumir la responsabilidad derivada de sus actuaciones.
- p) Asesorar sobre la legislación vigente encaminada a proteger los derechos de la mujer y su familia.
- q) Gestionar las actividades y recursos existentes en el ámbito de la atención de salud materno-infantil y la atención de salud sexual y reproductiva.
- r) Emitir los informes necesarios y registrar de forma efectiva las actividades realizadas.
- s) Llevar a cabo actividades docentes dirigidas a las propias matronas y otros profesionales de la salud, en cualquiera de sus niveles.
- t) Desarrollar actividades de investigación encaminadas a la mejora continua de la actividad profesional, y por tanto, del nivel de salud de la mujer y del recién nacido.
- u) Realizar una práctica clínica basada en la evidencia científica disponible.
- v) Mantener actualizadas las competencias profesionales.
- i) Desarrollar la especialidad mediante el compromiso profesional.



En resumen, una matrona puede actuar en los problemas de salud tan importantes para las mujeres como son la planificación familiar y los métodos anticonceptivos, la sexualidad y la educación afectiva, la salud en el climaterio y la pubertad y los problemas ginecológicos y de violencia de género entre otros. Quien sabe si podríamos influir en la disminución de los abusos sexuales y el maltrato machista, los embarazos no deseados, las tasas de interrupciones legales del embarazo y los problemas de salud afectivo-sexual con un desarrollo completo de nuestras competencias. Sin embargo, para poder tener este desarrollo completo se necesitan más matronas. La ratio de nuestro país y de Andalucía en concreto es muy inferior a la de los países de nuestro nivel de desarrollo. En los últimos 15 años ha ido creciendo la ratio de 4,57 /100.000 mujeres (2009) a una ratio actual de 6,23 con los refuerzos Covid, sin embargo, la ratio sigue siendo insuficiente. De esto ha alertado ya el Consejo General de Enfermería (CGE), dando a conocer que la desigualdad existente en la ratio de matronas por mujeres en edad fértil entre las diferentes comunidades autónomas está poniendo en riesgo la salud sexual y reproductiva de miles de mujeres. Según las últimas cifras publicadas por el Instituto Nacional de Estadística (INE), de las 19 autonomías (incluyendo a Ceuta y Melilla como ciudades autónomas), Andalucía ocupa el 4º peor puesto en esta ratio matrona/mujer en edad fértil. Pero es que resulta que España es el país con la séptima peor ratio de matronas de los 53 países de nuestro entorno. La media en Europa se sitúa en 9,1, mientras que hay países como Irlanda que alcanzan la ratio de 65,5. Con estas ratios es totalmente inviable este desarrollo completo.

Nuestra profesión ha sido muchas veces puesta en peligro, quizás por ser una profesión de mujeres dirigida hacia mujeres en un mundo dominado por los hombres donde la salud femenina pierde interés. Se han tomado muchas decisiones políticas erróneas, de las cuales somos herederas y sufrimos las consecuencias negativas. Las últimas de ellas, más determinantes, fueron la anulación de la formación de matronas con el cierre de las an-

tiguas escuelas de matronas, que en nuestro país tuvo lugar desde 1987 y no se retomó con el actual sistema de formación sanitaria especializada vía EIR hasta 1994. Esto deriva en una situación actual con un importante déficit de profesionales, nueve años sin graduación de matronas ya que la primera promoción acabó dos años después de haberse retomado, y que no han sido repuestos por la actual formación. En 1994 se inició con una dotación de 174 plazas a las 469 en la reciente convocatoria de 2023. Números totalmente insuficientes que no garantizan la reposición de profesionales que están pasando a la jubilación teniendo en cuenta esos 9 años sin matronas tituladas que acabaron con una sanción de la CEE que obligaba al estado español a la recuperación de nuestra profesión.

Por otro lado, hablamos de la decisión en nuestra comunidad andaluza del paso de la matrona del equipo básico de atención primaria a dispositivo de apoyo. Ya no hay una matrona en cada centro de salud donde las mujeres puedan acudir a su profesional referente en su salud femenina, sino que se crean grandes desigualdades con perspectiva de género. Este problema se ha denunciado a nuestros responsables políticos por parte de sindicatos de enfermería como SATSE, por la Asociación andaluza de matronas, por parte del CAE y los colegios profesionales y por plataformas de reciente creación como Matronas andaluzas unidas.

Ante esta situación nos abocan a las matronas a una situación donde cada vez más se nos arrinconan exclusivamente en los paritorios para asistir partos, teniendo además la paradoja de que la matrona en el ámbito privado no asiste al expulsivo eutócico, hecho totalmente incomprensible y que casi podría tacharse de intrusismo. Por otro lado en los dispositivos de apoyo solo da tiempo para actuar vigilando embarazos, no pudiendo abarcar nuestro amplio marco competencial, esto redundando en un déficit en los cuidados de las mujeres que deben acudir al ámbito privado a demandar estos cuidados que no se están prestando en nuestra cartera de servicios. Situación que genera gastos económicos que debieran ser innecesarios y resultados cuanto menos dudosos, ya que se están ocupando de este nicho de mercado profesionales de dudosa formación que en muchos casos ejercen prácticas de intrusismo con consecuencias impredecibles para la salud de las mujeres y sus criaturas.

FECHA DE RECEPCIÓN: 2/9/2023

Correspondencia: María José Remesal Prieto
Correo electrónico: mjremesal82@gmail.com

ÁREA INVESTIGACIÓN Y PERFECCIONAMIENTO

III Plan de Investigación ICOES (2024)

Comisión de Investigación ICOES:

Marta Lima Serrano	Bienvenida Gala Fernández	Eugenia Gil García
Manuel Jorge Romero Martínez	Mercedes García Murillo	Ana María Porcel Gálvez
Mercedes Terrero Varilla	Adriana Rivera Sequeiros	

En la anualidad de 2024, el Área de Investigación y Perfeccionamiento lanza el III Plan de Investigación ICOES (IIIPI-ICOES), con la revisión de algunas de las líneas de trabajos, aumentando la dotación de esta área en 2024 a un presupuesto de 36.500 euros.

El III Plan de Investigación ICOES (IIIPI-ICOES) cuenta con las siguientes Líneas estratégicas (**figura 1**).

Figura 1. Líneas estratégicas del III Plan de Investigación ICOES (IIIPI-ICOES). Anualidad 2024.



Dentro de estas 3 líneas estratégicas se incorporan un total de 8 acciones con 15 sub-acciones (**tabla 1**) que se describen a continuación.

NORMAS GENERALES

Las presentes actuaciones se extenderán desde su entrada en vigor hasta el 31 de diciembre de 2024, fecha en la que se revisará la eficacia de las actuaciones realizadas para evaluar su incorporación en la siguiente anualidad. La resolución de las acciones se realizará en la Comisión de Investigación que asegurará el rigor en el proceso de selección. Los fondos no usados en una acción podrán aplicarse a otra más demandada

por acuerdo de la Comisión de Investigación. Si se detectara la necesidad, las bases estarían sujetas a modificaciones no sustanciales de la Comisión de Investigación, lo cuál sería comunicado debidamente en la web.

Las convocatorias, así como la resolución de las ayudas se publicarán en la sección de investigación del ICOES de acuerdo con las líneas estratégicas y acciones propuestas.

Las solicitudes se dirigirán a la Comisión de Investigación del ICOES siguiendo el procedimiento indicado en la página web. Cualquier duda respecto a las acciones indicada podrá resolverse a través del email investigacion@icoes.es.

Como requisito general, la persona solicitante, así como los/as investigadores que forman parte del equipo que propone la solicitante, siempre que sean enfermeras o enfermeros, debe encontrarse dada de alta en el ICOES o en otros Colegios Oficiales de Enfermería de pertenecientes al Consejo General de Enfermería (solo se admitirán solicitudes de Colegios distintos al ICOES para el Certamen Nacional Ciudad de Sevilla y el Certamen Nacional Enfermería Basada en la Evidencia). Además, deben estar al corriente en el pago de las cuotas colegiales al menos 3 meses antes de la petición de la solicitud de ayuda.

Será Titular del importe de los premios quien aparezca como único o primer firmante del trabajo. Las cantidades indicadas hacen referencia al importe bruto de la dotación, a dicha cantidad habrá que descontarle la retención de IRPF vigente en cada momento. Así, el beneficiario percibirá mediante transferencia el importe neto resultante tras retener la cantidad de IRPF vigente, retención que será ingresada por el Colegio en la Hacienda Pública a nombre del colegio/a.

Como norma general, los beneficiarios deberán mencionar de manera expresa en todas las publicaciones y actividades derivadas de las acciones subvencionadas que la actividad ha sido financiada por el ICOES, siguiendo las instrucciones proporcionadas para ello. Igualmente, se animará a los/as titulares de los premios a publicar los resultados en la revista Hygia, pudiendo recibir asesoramiento científico para ello.

La recepción de financiación en las acciones propuestas no es incompatible con otro tipo de financiación, aunque podrá ser penalizada la puntuación recibida por esta causa. La persona solicitante deberá declarar e informar sobre la misma en la solicitud.

Tabla 1. Líneas estratégicas y acciones del III Plan de Investigación ICOES (IIPI-ICOES). Anualidad 2024.

Líneas Estratégicas	Acciones
1. Investigación	1.1. Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla (6.500 euros). 1.1.1. Premio al mejor estudio de investigación (4.000 euros). 1.1.2. Premio enfermería joven. Mejor Trabajo fin de residencia (1.000 euros). 1.1.3. Premio enfermería joven. Mejor Trabajo fin de Grado (500 euros). 1.1.4. Premio enfermería joven posgrado. Mejor Trabajo Fin de Máster (1.000 euros). 1.2. Certamen Nacional Enfermería Basada en la Evidencia (14.000 euros). 1.2.1. Premio al mejor proyecto de investigación enfermera. 1.2.1.1. Investigador consolidado (6.000 euros). 1.2.1.2. Investigador joven (6.000 euros). 1.2.2. Premio a la mejor tesis doctoral (2.000 euros). 1.3. Uso de las Instalaciones del ICOES para las Actividades de Investigación.
2. Divulgación	2.1. Premio al mejor artículo científico (1.000 euros).
3. Movilidad y capacitación	3.1. Becas de movilidad y capacitación (13.500 euros). 3.1.1. Estancias de investigación (4.500 euros). 3.1.2. Rotaciones externas de EIR (4.500 euros). 3.1.3. Participación en jornadas científicas y congresos (4.500 euros). 3.2. Ayudas para la realización de Másteres Universitarios Oficiales conducentes al Doctorado (1.500 euros). 3.3. Asesoramiento científico. 3.4. Sección de metodología en revista Hygia.

Toda mención a personas, colectivos, cargos, etc. en género masculino, debe entenderse como género gramatical no marcado.

Dotación: 4.000 euros.

Solicitudes: La solicitud se tramitará siguiendo las instrucciones que aparecen en las normas generales. Se entregará la siguiente documentación en formato electrónico:

LINEAS ESTRATÉGICAS Y ACCIONES

1. Investigación

1.1. Certamen Nacional de Enfermería de Enfermería Ciudad de Sevilla (6.500 euros)

Se establecen tres modalidades: 1.1.1. Premio al mejor estudio de investigación (4.000 euros), 1.1.2. Premio enfermería joven: Modalidad Trabajo Fin de Residencia (1.000 euros) y Trabajo Fin de Grado (500 euros), y 1.1.3. Premio enfermería joven posgrado para Trabajo Fin de Máster (1.000 euros).

Plazo de presentación: Desde su publicación hasta el 31 de octubre de 2024.

1.1.1. Premio al mejor estudio de investigación

Objeto: Los premios se concederán a estudios monográficos o trabajos de investigación de Enfermería, inéditos y que, con anterioridad, no se hubiesen presentado a ningún otro Premio o Certamen de esta misma naturaleza, que se presenten a este Certamen de acuerdo a las Bases del mismo. No serán objeto de estos premios los trabajos subvencionados por otras entidades científicas o comerciales, ni las tesis doctorales presentadas a tal fin.

- Documento pdf sobre el estudio realizado firmado con seudónimo y omitiendo referencias a localidad, centro o cualquier apartado, que pudiera inducir a los miembros del jurado a la identificación de la procedencia o autores de estos.
- Documento, donde se identifique el trabajo firmado con el seudónimo, con los nombres, dirección completa de autor/es, teléfono de contacto del primer firmante.
- CVA (últimos 5 años) de los firmantes siguiendo las instrucciones Fundación Española para la Ciencia y Tecnología (FECYT) del Ministerio de Ciencia e Innovación.

Criterios de concesión:

- El trabajo se evaluará con una rúbrica de acuerdo a la calidad de presentación de la memoria, así como los diferentes apartados: título y resumen, introducción y marco teórico, hipótesis y objetivos, metodología, resultados, discusión, conclusiones y bibliografía.
- Se priorizarán los trabajos que utilizan lenguaje enfermero y con implicaciones directas para la disciplina.
- Se priorizarán los artículos originales sobre los de revisión.

1.1.2. Premio enfermería Joven

Objeto: Este premio pretende reconocer el interés por la formación en investigación de las personas colegiadas en sus etapas iniciales. Se establecerán dos modalidades: Premio al Trabajo Fin de Grado (dotación 500 euros), Premio al mejor Trabajo Fin de Residencia (dotación: 1000 euros).

La información sobre la solicitud y criterios de concesión se refleja tras el desarrollo de la modalidad 1.1.3., pues son comunes para ambas. El titular del premio será la persona que presenta el trabajo final de estudios, el tutor/a tendrá también un reconocimiento (a no ser que comunique lo contrario). Se entregará la siguiente documentación:

1.1.3. Premio enfermería Joven posgrado

Objeto: Este premio pretende reconocer el interés por la formación en investigación de las personas colegiadas en sus etapas iniciales en su modalidad Premio al mejor Trabajo Fin de Máster (dotación: 1000 euros). El titular del premio será la persona que presenta el trabajo final de estudios, el tutor/a tendrá también un reconocimiento (a no ser que comunique lo contrario). Se entregará la siguiente documentación:

Solicitudes modalidad 1.1.2 y 1.1.3

Podrán solicitar esta ayuda las personas colegiadas que hayan realizado su trabajo final de estudios en un programa directamente relacionado con la disciplina enfermera, en los últimos 5 años. La solicitud se tramitará siguiendo las instrucciones que aparecen en las normas generales.

Se entregará la siguiente documentación:

- CVA (últimos 5 años) siguiendo las instrucciones Fundación Española para la Ciencia y Tecnología (FECYT) del Ministerio de Ciencia e Innovación.
- Versión definitiva del trabajo defendido y aprobado por el programa de estudios.
- Certificado de notas con la calificación del trabajo presentado.
- Resumen de un máximo de 10 páginas de trabajo donde se especifique además el plan de difusión a la comunidad científica y a la sociedad, impacto del proyecto sobre la sociedad y la profesión.
- Autorización del supervisor del trabajo para su presentación y, en su caso, renuncia a la mención.

Criterios de concesión:

Para la concesión de este premio se tendrán en cuenta los siguientes criterios:

- El trabajo se evaluará con una rúbrica de acuerdo a la calidad de presentación de la memoria, así como los diferentes apartados: título y resumen, introducción y marco teórico, hipótesis y objetivos, metodología, resultados, discusión, conclusiones y bibliografía.
- Se priorizarán los trabajos que utilizan lenguaje enfermero y con implicaciones directas para la disciplina y la sociedad, así como con un adecuado plan de difusión.
- Se tendrá en cuenta la calificación obtenida.

1.2. Certamen Nacional Enfermería Basada en la Evidencia (14.000 euros)

Se establecen dos modalidades: 2.1.1. Premio al mejor proyecto de investigación enfermera: investigador consolidado (6.000 euros), investigador joven (6.000 euros), y 2.1.2. Premio a la mejor tesis doctoral (2.000 euros).

En la modalidad 2.2.1. el/la titular del premio será la persona que presenta el proyecto y que ejercerá como investigadora principal del proyecto y el resto de los investigadores recibirán un reconocimiento. En la modalidad 2.1.2. el/la titular del premio será la persona que desarrolla la tesis doctoral, y el reconocimiento será extensible por el supervisor/a del mismo (a no ser que renuncie a dicha mención), que debe conocer y autorizar la presentación de la solicitud.

Plazo de presentación: Desde su publicación hasta el 31 de octubre de 2024.

1.2.1. Premio al mejor proyecto de investigación enfermera

Objeto: En esta categoría se incluyen proyectos de investigación no iniciados con fecha de finalización del periodo de solicitud y tiene por objeto la financiación de las actividades derivadas de ese proyecto, siendo fundamental el establecimiento de un plan de difusión de los resultados de este.

Dotación: Dos premios de 6.000 euros para la realización de las actividades indicadas en el proyecto. Siendo el periodo de ejecución máximo de dos anualidades. Se hará entrega de dos premios, atendiendo a las siguientes modalidades: Investigador consolidado; investigador joven (en esta última modalidad, el investigador principal, no debe haber participado previamente con este rol en otros proyectos de investigación).

El proyecto será liderado por un equipo liderado por investigador principal que será la persona que recepcione y gestione de la ayuda. La persona líder solo podrá presentar una solicitud, mientras que los miembros del equipo podrán participar en un máximo de dos solicitudes.

Solicitudes:

La solicitud se tramitará siguiendo las instrucciones que aparecen en las normas generales de IIIPI-ICOES. Se entregará la siguiente documentación:

- CVA (últimos 5 años) siguiendo las instrucciones Fundación Española para la Ciencia y Tecnología (FECYT) del Ministerio de Ciencia e Innovación.
- Memoria del proyecto de investigación a desarrollar de un Máximo de 30 páginas con los siguientes apartados: antecedentes del tema de investigación y del equipo de investigación en la temática (incluyendo publicaciones y financiación previa), objetivos e hipótesis, esta última si procede, metodología, plan de trabajo y cronograma, incluyendo las funciones de los miembros del equipo, presupuesto detallado y acorde con el plan de trabajo, plan de difusión a la comunidad científica y a la sociedad, impacto del proyecto sobre la sociedad y la profesión.
- Compromiso de participación de los miembros del equipo.

Criterios de concesión:

Para la concesión de este premio se tendrán en cuenta los siguientes criterios:

- Proyecto: título y resumen, introducción, claridad, precisión y adecuación de la pregunta, hipótesis y objetivos, metodología, aspectos éticos.
- Impacto en la disciplina enfermera, salud y calidad de vida, servicios sociosanitarios, igualdad de género e inclusión social, plan de difusión y divulgación.
- Factibilidad: experiencia del investigador principal y equipo, adecuación del plan de trabajo, cronograma y recursos disponibles.

Condiciones de las beneficiarias:

Las personas receptoras del premio deberán presentar una memoria anual científica y económica del proyecto de investigación presentado (plazo máximo 6 meses desde su finalización).

1.2.2. Premio a la mejor tesis doctoral

Objeto: Este premio pretende reconocer la consecución de la máxima competencia investigadora de las personas colegiadas.

Dotación: 2.000 euros.

Solicitudes:

Podrán solicitar esta ayuda las personas colegiadas que hayan realizado su trabajo final de estudios o tesis doctoral en un programa directamente relacionado con la disciplina enfermera, en los últimos 5 años. La solicitud se tramitará siguiendo las instrucciones que aparecen en las normas generales. Se entregará la siguiente documentación:

- CVA (últimos 5 años) siguiendo las instrucciones Fundación Española para la Ciencia y Tecnología (FECYT) del Ministerio de Ciencia e Innovación.
- Versión definitiva del trabajo defendido y aprobado por el programa de estudios (anonimizado).
- Certificado de notas con la calificación del trabajo presentado.
- Resumen de un máximo de 10 páginas de trabajo donde se especifique además el plan de difusión a la comunidad científica y a la sociedad, impacto del proyecto sobre la sociedad y la profesión (anonimizado).
- Autorización del supervisor del trabajo y, en su caso, renuncia a la mención.

Criterios de concesión:

- El trabajo se evaluará con una rúbrica de acuerdo a la calidad de presentación de la memoria, así como los diferentes apartados: título y resumen, introducción y marco teórico, hipótesis y objetivos, metodología, resultados, discusión, conclusiones y bibliografía.
- Se priorizarán los trabajos que utilizan lenguaje enfermero y con implicaciones directas para la disciplina y la sociedad, así como con un adecuado plan de difusión.
- Se tendrán en cuenta indicadores de calidad: tesis por compendio, tesis internacional, tesis cotutelada, tesis industrial, calificación obtenida, premio extraordinario de doctorado.

1.3. Uso de las Instalaciones del ICOES para las Actividades de Investigación

Objeto: Esta acción pretende apoyar la investigación de las personas colegiadas en el ICOES, proporcionando un espacio para la realización de actividades derivadas de la misma dentro de sus instalaciones, sujeta a la disponibilidad de los mismos. Se podrán ofrecer otros espacios en esta acción si hubiera disponibilidad. Tendrán prioridad los que tengan proyectos en activo que justifiquen la necesidad de disponer de un espacio para su desarrollo.

Solicitud: Los espacios podrán ser solicitados durante toda la anualidad a través del correo investigacion@icoes.es y deberán ir acompañados de un documento justificativo de la necesidad del espacio.

Plazo de presentación: Desde su publicación hasta el 31 de diciembre de 2024.

2. DIVULGACIÓN

2.1. Premio al mejor artículo científico

Objeto: Premiar la visibilidad de la investigación desarrollada por las personas colegiadas en el ICOES con impacto en la comunidad científica y potenciando la enfermería basada en la evidencia.

Quedan excluidos de esta convocatoria artículos del tipo: editorial, carta al editor, artículos de opinión o especiales, casos clínicos u otra tipología que no resulte de la diseminación de resultados de investigación.

Dotación 1.000 euros. Se premiará el artículo más relevante publicado en cada trimestre, con un certificado acreditativo, además, de entre artículos recibidos, se seleccionará los 3 mejores que recibirán un premio en metálico: 1º Premio (600 euros), 2º Premio (300 euros), 3º Premio (100 euros). El premio económico se entregará a la persona que haya remitido la publicación que deberá ser primer autor, último autor o autor de correspondencia.

Solicitud: Se podrán presentar los artículos publicados en 2024 desde enero a diciembre. Se tendrá como referencia la fecha de publicación definitiva. El plazo de envío para el primer trimestre es del 25 de marzo hasta el 10 de abril de 2024; para el segundo trimestre, del 25 de junio al 10 de julio de 2024, para el tercer trimestre, del 25 de septiembre al 10 de octubre de 2024, y para al cuarto trimestre, del 25 de diciembre al 10 de enero de 2025.

Solicitudes:

Podrán solicitar esta ayuda las personas colegiadas en el ICOES. La solicitud se tramitará siguiendo las instrucciones que aparecen en las normas generales. Se entregará la siguiente documentación:

- CVA (últimos 5 años) siguiendo las instrucciones Fundación Española para la Ciencia y Tecnología (FECYT) del Ministerio de Ciencia e Innovación.

- Artículo publicado con indicación de la fecha de publicación, así como los indicadores de calidad del artículo: bases de datos en las que se encuentra indexado, factor de impacto JCR, SJR y/o Cuiden, posición que ocupa la revista en la categoría en que se encuentra indexada dentro de la base de datos.

Criterios de concesión:

- 25 % Bases de datos en las que se encuentra indexada, tendrán prioridad las siguientes, en el orden que se refleja: JCR, SJR, Cuiden, otros índices
- 25% Posición de la revista en la categoría en que se encuentra indexada.
- 25% Diseño del estudio, tendrán prioridad los estudios originales vs las revisiones y se utilizarán niveles de evidencia según el Instituto Joanna Briggs.
- 10% Investigación en cuidados de enfermería realizada en el contexto de la práctica asistencial.
- 10% Las publicaciones indexadas en categorías directamente relacionadas con la enfermería.
- 5% Número de autores, teniendo prioridad aquel artículo con menor número de autores.

3. MOVILIDAD Y CAPACITACIÓN

3.1. Becas de movilidad

3.1.1. Estancias de investigación

Objeto: Promover el perfeccionamiento de las personas colegiadas en el ICOES mediante la financiación de becas para realizar estancias breves en organismos de investigación nacionales e internacionales de impacto para la profesión enfermera, realizadas durante el año 2024.

Dotación: La dotación para el año 2024 es de 4500 euros y solo se podrá ser beneficiario de una beca en la anualidad. La estancia deberá ser de un plazo mínimo de 15 días y el importe máximo financiado será de 1.000 euros por beneficiario.

Plazo de presentación: Desde la publicación de las bases hasta el 31 de mayo de 2024.

Solicitudes:

Podrán solicitar esta ayuda las personas colegiadas en el ICOES. La solicitud se tramitará siguiendo las instrucciones que aparecen en las normas generales. Se entregará la siguiente documentación:

- CVA (últimos 5 años) siguiendo las instrucciones Fundación Española para la Ciencia y Tecnología (FECYT) del Ministerio de Ciencia e Innovación.
- Programa de investigación a desarrollar, incluyendo la excelencia del organismo receptor, impacto de este para la sociedad y la profesión y producción científica estimada.
- Documento de aceptación de la entidad receptora con expresión de la duración de la estancia.
- Licencia de la institución laboral del beneficiario (en caso de que esté contratado) de la realización de la estancia durante el periodo expresado.
- Justificante de participación en convocatorias oficiales análogas, si las hubiere.

Criterios de concesión:

Para la concesión de este premio se tendrán en cuenta los siguientes criterios:

- 30% Programa de trabajo a desarrollar, incluyendo producción científica esperada.
- 30% Impacto de la propuesta sobre la sociedad y profesión.
- 30% Excelencia del organismo receptor.
- 10% CVA.
- Se penalizará la recepción de financiación de otras convocatorias.

Condiciones de las beneficiarias:

Las personas receptoras del premio deberán presentar una memoria científica del programa desarrollado incluyendo la producción científica (plazo máximo 6 meses desde su finalización) así como el certificado y justificación documental de haber realizado la estancia.

3.1.2. Rotaciones externas de EIR

Objeto: Promover el perfeccionamiento de las personas colegiadas en el ICOES durante el periodo de formación de especialista, mediante la realización de rotaciones externas nacionales e internacionales de impacto para la profesión enfermera, realizadas durante el año 2024.

Dotación: La dotación para el año 2024 es de 4500 euros y solo se podrá ser beneficiario de una beca en la anualidad. La estancia deberá ser de un plazo mínimo de 15 días y el importe máximo financiado será de 1.000 euros por beneficiario.

Plazo de presentación: Desde la publicación de las bases hasta el 31 de mayo de 2024.

Solicitudes:

Podrán solicitar esta ayuda las personas colegiadas en el ICOES que se encuentre en un programa de formación en enfermero/a especialista. La solicitud se tramitará siguiendo las instrucciones que aparecen en las normas generales. Se entregará la siguiente documentación:

- CVA (últimos 5 años) siguiendo las instrucciones Fundación Española para la Ciencia y Tecnología (FECYT) del Ministerio de Ciencia e Innovación.
- Programa formativo a desarrollar, incluyendo la excelencia del organismo receptor, impacto de este para la sociedad y la profesión.
- Documento de aceptación de la entidad receptora con expresión de la duración de la estancia.
- Licencia de la institución laboral del beneficiario (en caso de que esté contratado) de la realización de la estancia durante el periodo expresado.
- Justificante de participación en convocatorias oficiales análogas, si las hubiere.

Criterios de concesión:

Para la concesión de este premio se tendrán en cuenta los siguientes criterios:

- 30% Programa de trabajo a desarrollar, incluyendo programa formativo.
- 30% Impacto de la propuesta sobre la sociedad y profesión.
- 30% Excelencia del organismo receptor.
- 10% CVA.
- Se penalizará la recepción de financiación de otras convocatorias.

Condiciones de las beneficiarias:

Las personas receptoras del premio deberán presentar una memoria del programa formativo desarrollado incluyendo la producción científica (plazo máximo 6 meses desde su finalización) así como el certificado y justificación documental de haber realizado la estancia.

3.1.3. Participación en jornadas científicas y congresos

Objeto: Estimular a las personas colegiadas en el ICOES a la presentación de trabajos científicos en congresos y jornadas apoyando la financiación de la asistencia al evento. Dotación: 3.000 y la financiación máxima por evento de 200 euros desarrollados en dicha anualidad. Tendrán prioridad aquellos solicitantes que no hayan disfrutado previamente de esta ayuda, concediéndose un máximo de dos becas por año y una por cada evento científico. Solo se concederá la beca a la persona que haya asistido y defendido el trabajo en el evento. No serán becados aquellos congresos cuya inscripción sea gratuita y no requieran desplazamiento o sean en formato online. Tampoco serán becados autores que hayan recibido de otras entidades el importe completo de la inscripción del congreso.

Plazo de presentación: Desde su publicación hasta el 31 de diciembre de 2024. La solicitud debe realizarse en los tres meses posteriores a la celebración del acto.

Solicitudes:

Podrán solicitar esta ayuda las personas colegiadas en el ICOES. La solicitud se tramitará siguiendo las instrucciones que aparecen en las normas generales de IIIPI-ICOES. Se entregará la siguiente documentación:

- Resumen de un máximo de 2 páginas del trabajo presentado donde se especifique impacto del proyecto sobre la sociedad y la profesión.
- Certificado de ponencia y asistencia al evento.
- Copia del ingreso de la inscripción.

Criterios de concesión:

De acuerdo con una rúbrica se valorará:

- Tipo de estudio (original=3 puntos, estudio de casos= 2 puntos, revisión bibliográfica=1 punto).
- Tipo de evento (internacional= 4 puntos, nacional= 3 puntos, regional= 2 puntos, local= 1 punto).
- Lugar de celebración (internacional=5 puntos, nacional= 4 puntos, regional=3 puntos, local=2 puntos, virtual=1 punto).

- Tipo de comunicación (oral=4 puntos, poster=1 punto).
- Puntuación total (4-6 puntos=75 euros; 7-9 puntos=100 euros, 10-12 puntos=150 euros, 13-16 puntos=200 euros).

3.2. Ayudas para la realización de Másteres Universitarios Oficiales conducentes al doctorado

Objeto: Estimular a las personas colegiadas en el Colegio de Enfermería de Sevilla a la realización de formación de posgrado, bonificando parte del pago de la matrícula en Másteres Universitarios Oficiales, cuya obtención facilite el acceso al Doctorado de Enfermería.

Dotación: 1.500 Euros, con financiación máxima por colegiado de 300 Euros.

Solicitudes: Podrán solicitar esta ayuda las personas colegiadas en el ICOES. La solicitud se tramitará siguiendo las instrucciones que aparecen en las normas generales de IIIPI-ICOES. Se entregará la documentación oficial que justifique los criterios de concesión.

Plazo de presentación: Desde su publicación hasta el 31 de octubre de 2024.

Criterios de concesión:

1. Renta de la unidad familiar.
2. Nota media de la titulación que da acceso al título (Grado de Enfermería).
3. Situación laboral.
4. Discapacidad.

3.3. Unidad de Investigación del ICOES para asesoramiento científico

Objeto: establecer una estructura organizativa para dar apoyo y asesoría en metodología de investigación y estadística a las personas colegiadas en el ICOES para la realización de trabajos de investigación. Se fomentará la publicación de artículos científicos en la revista Hygia de aquellas personas que participen en dicho proceso de acompañamiento. Las personas interesadas podrán realizar su petición de asesoramiento que se desarrollará de forma presencial y/o virtual, estableciendo un sistema de citaciones (email: investigacion@icoes.es) durante la anualidad de 2024.

3.4. Incorporación de sección de metodología en revista Hygia

Esta acción está dirigida a promover la formación de las enfermeras y enfermeros en metodología de investigación, cualitativa y cuantitativa, así como en estadística. Se incluirá una sección sobre metodología en la revista en la que se invitará a referentes expertos de la profesión para desarrollar contenido relacionados con la metodología en investigación.

NORMATIVA DE PRESENTACIÓN DE TRABAJOS PARA SU PUBLICACIÓN EN LA REVISTA HYGIA

La revista **Hygia de Enfermería** considerará para su publicación los trabajos que tengan interés por los conocimientos e informaciones específicos de ciencias de la salud y que contribuyan al desarrollo y mejor definición de la enfermería en cualquiera de sus actividades. La revista actualmente está incluida en CUIDEN, DIALNET y ENFISPO.

NORMAS

1. Los trabajos que se proponen para su publicación en Hygia de Enfermería deben ser originales, inéditos y no aceptados ni enviados simultáneamente para su consideración en otras revistas. Si ha sido publicado en el resumen del libro oficial de un congreso o evento similar como completo, no se consideran inéditos.
2. Los autores deben indicar si han recibido financiación e indicar el organismo, la institución o empresa que haya financiado.
3. Todos los trabajos que se envíen deben indicar si existen posibles conflictos de intereses en alguna de las personas firmantes.
4. Al menos, uno de los autores deberá ser profesional de enfermería colegiado. No se aceptarán más de seis autores por trabajo, excepto si viene justificada su autoría y aportación personal de cada uno de ellos.
5. Los autores deben obtener autorización previa para: Presentar datos o figuras íntegras o modificadas que ya hayan sido publicadas. Publicar fotografías que permitan la identificación de personas. Mencionar a las personas o entidades que figuren en los agradecimientos.
6. Los autores renuncian tácitamente a los derechos de publicación, de manera que los trabajos aceptados pasan a ser propiedad de la revista Hygia de Enfermería. Para la reproducción total o parcial del texto, tablas o figuras, es imprescindible solicitar autorización del Comité Editorial y obligatorio citar su procedencia.
7. El Comité Editorial realiza una evaluación preliminar de los trabajos recibidos. Los manuscritos que superan esta selección inicial son sometidos a una evaluación por pares (peer review).
8. El Comité Editorial de la revista Hygia de Enfermería propondrá a los autores las modificaciones que considere necesarias para la publicación del correspondiente manuscrito. En estos casos, los autores deberán remitir el manuscrito con las modificaciones propuestas en un plazo no superior a tres meses; en caso contrario, el trabajo quedará descartado.
9. Los autores deben aceptar todas las normas de la revista Hygia de Enfermería. Cuando el artículo cumpla la normativa exigida para su publicación, el Comité Editorial comunicará y certificará a los autores la aceptación del mismo.
10. El Comité Editorial de la revista Hygia de Enfermería no asume responsabilidades derivadas de las afirmaciones realizadas en los trabajos, ni el falseamiento o incumplimiento de las presentes normas.

TIPOS DE TRABAJOS PUBLICABLES

Se pueden proponer los siguientes tipos de manuscritos:

- **Editoriales:** Reflexiones breves en las que se manifiesten opiniones o comentarios fundamentados, que aborden temáticas relacionadas con los cuidados o con ciencias de la salud en general, de interés para la enfermería y que contribuyan al desarrollo del conocimiento enfermero. Los editoriales estarán habitualmente elaborados por artículos encargados por el consejo de redacción de Hygia.
- **Artículos originales:** Trabajos de investigación realizados con metodología cuantitativa, cualitativa o mixta relacionados con cualquier conocimiento de la Enfermería. Que proporcione información suficiente para permitir una valoración crítica.
- **Casos clínicos:** En este apartado se publicarán trabajos descriptivos, de uno o varios casos, de interés por su escasa frecuencia o por su aportación al conocimiento de la práctica enfermera. Esta sección permite que a los profesionales de la práctica clínica la descripción de uno o varios casos que presentan un problema determinado, mostrando aspectos nuevos o instructivos que contribuyan al aumento del conocimiento de la enfermería.
- **Revisiones:** Dentro de la sección se incluyen los siguientes tipos de artículos: Artículos de revisión de la literatura de publicaciones anteriores y actualización del conocimiento en un ámbito específico en forma de resúmenes de evidencia (revisiones sistemáticas, narrativas, integradoras, scoping review). Para fundamentar este tipo de trabajo es necesario que se utilicen fuentes propias de enfermería (las bases de datos de enfermería CINHAL Y CUIDEN incorporan en torno al 80% de la producción enfermera a nivel mundial), además de las generales tipo Pubmed, Scielo, Scopus, etc.
- **Artículos especiales:** Serán elaborados a petición del equipo de redacción, de temática variable entre los que destacan el abordaje de temas relacionados con la metodología de la investigación, investigaciones históricas del campo de la enfermería, etc. El equipo editorial está abierto a recibir solicitudes sobre la temática a publicar en este apartado por parte de los lectores, siempre que sean de relevancia y actualice el conocimiento científico en un aspecto novedoso de la investigación.
- **Cartas al director:** En ellas se pueden llevar a cabo observaciones científicas y análisis críticos en relación

a los manuscritos publicados. Es la sección para un intercambio de opiniones entre los lectores, autores y equipo editorial de la revista. La extensión máxima será de 700 palabras y un máximo de 5 referencias bibliográficas.

PREPARACIÓN DE LOS MANUSCRITOS

Los manuscritos deberán elaborarse siguiendo las recomendaciones del Comité Internacional de Editores de Revistas Biomédicas disponible en: <http://www.icmje.org>, y encontrándose traducida al castellano en: <https://www.fisterra.com/herramientas/recursos/vancouver/>. Se recomienda a los autores que lo revisen con consultas y lecturas antes del envío o presentación de los manuscritos.

El manuscrito deberá realizarse utilizando el programa Word como procesador de textos y Excel o PowerPoint cuando se trate de tablas, cuadros y gráficos. En el texto, la presentación será con interlineado sencillo en todas sus secciones, páginas numeradas en la parte inferior, un cuerpo de letra de 12 (Times New Roman) o 10 (Arial), dejando los márgenes laterales, superior e inferior de 2,5 cm. En su caso, las imágenes digitales han de ser adjuntadas aparte y tener una resolución de 300 dpi, tamaño de 10 x 15 cm y formato jpg. Evitar la utilización de negritas, subrayados o mayúsculas para resaltar el texto.

Las abreviaturas en la primera ocasión que se utilicen deben ir precedidas por el término sin abreviar, a menos que sea una unidad de medida estándar y, a ser posible, emplear abreviaturas utilizadas internacionalmente. Evitando su uso en el título y resumen.

El texto del manuscrito, sin incluir la bibliografía, deberá ajustarse a la extensión máxima a que se hace referencia en cada tipo de manuscrito. Las tablas, cuadros y gráficos también se enviarán en un fichero aparte del texto, debiendo estar numeradas y clasificadas según su orden de aparición en el texto y conteniendo título, leyenda o pie de foto, según proceda. Procesadas mediante formato Word.

Los manuscritos serán enviados al correo electrónico: hygia@ceoes.es

PRESENTACIÓN DE LOS MANUSCRITOS

Se debe aportar los siguientes documentos en archivos independientes: carta de presentación, cuerpo del manuscrito anonimizado (sin el nombre de los autores) y gráficos, tablas o imágenes si las hubiese.

1. CARTA DE PRESENTACIÓN DEL MANUSCRITO

- Título del trabajo en minúsculas (en castellano y en inglés) que no debe exceder de 15 palabras.
- Nombre y (en cursiva) dos apellidos de cada uno de los autores.
- Filiación institucional (nombre completo del centro de trabajo y dirección completa).
- En su caso, centro donde se ha realizado el trabajo.
- Nombre, correo electrónico y teléfono del autor/a responsable de la correspondencia.
- Declarar en su caso la financiación o no del trabajo.
- Manifestar si ha sido presentado en algún evento científico.
- Indicar la existencia o no, de conflicto de intereses.
- Agradecimientos, si procede.

2. CUERPO DEL MANUSCRITO

En un archivo independiente con el título del trabajo y sin los nombres de los autores, con el fin de garantizar el doble ciego por parte de los revisores, se presentará el manuscrito que debe llevar los siguientes apartados:

1. Resumen y palabras clave

Deberá incluirse el resumen y las palabras clave en castellano e inglés.

Resumen

Su extensión aproximada será de 250 palabras. Se caracterizará por: poder ser comprendido sin necesidad de leer parcial o totalmente el artículo. Desarrollar los puntos esenciales del artículo en términos concretos. Estará ordenado observando el esquema general del artículo en miniatura, y no podrá incluir información no citados en el texto.

Palabras clave

Debajo del resumen se especificarán de tres a diez palabras clave para referencia cruzada de los centros de datos. Deben ser términos incluidos en la lista de Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), conocida en inglés como Medical Subject Heading (MeSH).

II. Texto

Será presentado en castellano, paginado (parte inferior) y se ordenará en apartados según el tipo de estudio.

ORIGINALES

En los trabajos de investigación cuantitativa se debe ordenar mediante: Introducción, Metodología, Resultados y Discusión (IMRYD). La extensión máxima será de 3500 palabras. En los originales de metodología cualitativa si el trabajo lo precisa se puede ampliar su extensión hasta los 25500 caracteres.

Introducción

Será breve y planteará el estado de la situación, debe describir el problema de estudio y sus antecedentes, y argumentarse con referencias bibliográficas actualizadas. Y se establecerá claramente el objetivo del artículo.

Metodología

Se señalarán los sujetos, métodos y procedimientos utilizados; materiales y equipos empleados, y el tiempo del estudio. Cuando sea necesario se señalará el tratamiento estadístico empleado y las razones de su elección.

Resultados

Describirá los datos recogidos y los hechos observados de una manera concisa, objetiva y sin interpretar. Guardando una secuencia lógica en el texto y destacando las observaciones más relevantes.

Discusión

Se interpretará y explicará razonadamente el significado de los resultados, las limitaciones del estudio y las implicaciones futuras. Si procede se hará comparación con otros estudios similares. Se destacará los aspectos más novedosos y relevantes del trabajo.

Conclusiones

Tratará estar relacionada con los objetivos del trabajo. Evitando realizar afirmaciones no respaldadas por los datos disponibles. Cuando sea posible debería hacer referencia a las implicaciones en el desarrollo científico y profesional de la Enfermería.

CASOS CLÍNICOS

Su extensión no superará las 10.100 caracteres con espacios. Se admitirán hasta un máximo de 2 tablas y/o figuras. Este tipo de diseño debe llevar los siguientes apartados: Introducción, presentación del caso y Discusión/implicaciones para la práctica. El apartado presentación del caso incluirá brevemente la recogida de datos, las pruebas diagnósticas realizadas y el diagnóstico clínico, detallando en qué ámbito de salud se llevarán a cabo los cuidados. Tras esta breve descripción se expondrá la secuencia del plan de cuidados desarrollado de acuerdo al siguiente esquema:

1. Valoración general y diagnóstica

Es recomendable reseñar los Diagnósticos de Enfermería, Problemas de colaboración, según la taxonomía de la NANDA, empleando alguna forma sistemática de valoración dentro de un marco teórico de cuidados enfermeros.

2. Planificación y Ejecución de los cuidados

Según la fórmula de Resultados esperados e Intervenciones según las taxonomías NOC y NIC.

3. Evaluación de los resultados/seguimiento

REVISIONES BIBLIOGRÁFICAS DE ENFERMERÍA

La estructura será: Introducción, Método, Resultados y Conclusiones, en función de los niveles de evidencia y los hallazgos encontrados. La extensión máxima será de 3500 palabras. Se admitirán hasta un máximo de 2 tablas y/o figuras, en este tipo de diseño es recomendable que entre las tablas se incluya un flujograma y una tabla resumen con los artículos seleccionados. Los apartados para este formato son las siguientes:

Introducción

Breve presentación del tema a estudiar que debe incluir el objetivo que se pretende alcanzar con el problema a investigar.

Metodología

Utilización de descriptores y estrategia de búsqueda reproducible y criterios de inclusión y exclusión. Tipos de fuentes consultadas. Se puede incluir una evaluación metodológica, si ha llevado a cabo.

Resultados

Respondiendo a los objetivos fijados, debe contener la descripción de los resultados encontrados en el proceso de selección de los artículos, clasificación y síntesis de los estudios encontrados y sus grados de recomendación.

Los siguientes grados de recomendación se derivan de los niveles y grados de evidencia establecidos por el Instituto Joanna Briggs en 2014 (<http://joannabriggs.org/jbi-approach.html#tabbed-nav=Grades-of-Recommendation>): Grado A o fuerte; Grado B o débil para una determinada estrategia de cuidados.

Conclusiones

Se finalizará con las conclusiones y las recomendaciones en función de los grados de recomendación encontrados, así como a las implicaciones que tiene para la práctica clínica o enfermera.

En este apartado si los autores lo estiman conveniente se pueden exponer las opiniones y reflexiones de éstos derivadas de los hallazgos y las posibles limitaciones.

III. Agradecimientos

Deberán dirigirse a las instituciones, organizaciones y personas, si las hubiera, que han contribuido de forma significativa en la realización del estudio. Los autores tienen la responsabilidad de obtener los correspondientes permisos en su caso.

IV. Bibliografía

Las citas bibliográficas se numerarán consecutivamente en el orden de aparición por primera vez en el texto. Para la anotación de las citas en el texto se usará la numeración mediante superíndice. Las referencias bibliográficas de artículos de revista, libros, protocolos, leyes u otro material publicado o en soporte electrónico deben realizarse siguiendo las normas de Vancouver, disponible en las recomendaciones

del Comité Internacional de Editores de Revistas Biomédicas, mencionadas anteriormente.

EJEMPLOS

Artículos de revistas

- **Autor/es Personal/es:**
Velazquez V, Pernía M, Moya MA, Mejías MC. Inyección umbilical como alternativa válida al alumbramiento manual, para el manejo de la placenta retenida. *Hygia de Enfermería* 2021; 106 (38): 5-10.
- **Con seis o más autores (citar los cuatro primeros y añadir et al.)**
- **Autor Corporativo:**
Grupo de trabajo de la Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Guía de práctica clínica de atención en el embarazo y puerperio. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía; 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS, ATESA 2011/10.

Libros y otras monografías

- **Libro completo:**
Galarreta S, Martín C. *Enfermería. Técnicas y Procedimientos de Enfermería*. Madrid: Panamericana; 2018.
- **Capítulos de libros:**
Forcada JA, Bayas JM, Velasco C. Generalidades sobre las vacunas. En: Álvarez MJ, Velasco C, coordinadores. *Asociación Española de Vacunología. Vacuna a Vacuna*. 3ª ed. Zaragoza: Amazing Books; 2018. p. 51-87.

Artículo en Internet

- **En edición electrónica, indique url y fecha de acceso, o bien solo el Doi.**
Raquel Pelayo A, Cuadrado Mantecón MA, Martínez Álvarez P, Rojo Tordable M, Ibarguren Rodríguez E, Reyero López M. Heparinización directa del paciente frente a heparinización del circuito extracorpóreo en hemodilísis: estudio comparativo. *Enferm Nefrol*. 2015; 18(1): 48-52. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842015000100007. [Acceso 31/05/2019].

3. FIGURAS Y TABLAS

Figuras y Tablas: Deben ser citadas en el texto del artículo en el lugar donde el/la autor/a deseen que estén ubicadas, se numerarán de forma correlativa con números arábigos y según el orden y lugar de aparición en el texto. Para un mejor procesamiento gráfico, se enviarán en un archivo de excel o en formato de texto editable y no en archivo de imagen. Esto permite un buen procesado de maquetación. Deben servir de complemento al texto y no de repetición.

Se entienden por figuras: fotografías de una resolución necesaria y en archivo de imagen como jpg, eps, etc. También gráficas, cuadros, fotos de valoraciones, esquemas, etc. o cualquier tipo de ilustración que no sea una Tabla. Deben presentarse igualmente en archivos editables, no de imágenes, independientes del texto del manuscrito.

Las Tablas llevarán el título en la parte superior y con nota a pie, necesaria para su mejor comprensión. Las Figuras llevarán el título en la parte baja de la misma. Las reproducidas de otras fuentes deben llevar la referencia del autor original.

UNIFORMIDAD DE LAS PUBLICACIONES CIENTÍFICAS

Con la finalidad de garantizar una uniformidad tanto en la redacción, contenido, apartados, etc. en la elaboración de los manuscritos, desde este consejo de redacción recomendamos a los autores revisar los correspondientes tipos de diseño en EQUATOR NETWORK en el link <https://www.equator-network.org/>

Existen documentos tanto en castellano como en inglés que permiten una verificación de homogeneidad tipo checklist como CONSORT (ensayos clínicos), PRISMA (revisiones sistemáticas), STROBE (estudios observacionales), CARE (casos clínicos), etc. para cada tipo de diseño.

ÉTICA DE LA PUBLICACIÓN CIENTÍFICA

Estudios con personas

Si el trabajo descrito conlleva la participación de personas, el autor debe cumplir todos los requisitos que se establecen en el código ético de la OMS (Declaración de Helsinki) sobre experimentos con humanos. El manuscrito deberá seguir las recomendaciones para la realización, registro, edición y publicación de trabajos científicos en revistas biomédicas, del ICJME y aspirar a la inclusión de poblaciones humanas representativas en cuanto a sexo, edad y procedencia étnica, según aconsejan dichas recomendaciones. El autor debe declarar en el manuscrito que cuenta con el consentimiento informado de todos los sujetos estudiados. En todo momento debe respetarse el derecho a la privacidad tal como se recoge en el código ético. No pueden aparecer datos relativos a los sujetos de estudio ni imágenes que puedan identificarlos.

Consentimiento informado y datos de los pacientes

Los estudios realizados con personas requieren la aprobación del comité ético y el consentimiento informado, que deberá constar en el artículo. El autor deberá conservar los consentimientos por escrito. No es necesario que envíe las copias. Solamente si la revista lo solicita específicamente en caso de circunstancias excepcionales (por ejemplo, en caso de un problema legal), tendrá que facilitar copias de estos o las pruebas de que se han obtenido dichos consentimientos.

Esta PROpuesta es para ti, de PROfesional a PROfesional.

En Sabadell Professional trabajamos en PRO de los PROfesionales del Excelentísimo Colegio Oficial de Enfermería de Sevilla. Innovamos constantemente nuestra oferta de productos y servicios para ayudarte a conseguir tus objetivos, proteger tus intereses, propulsar iniciativas y proponer soluciones financieras únicas, a las que solo pueden acceder PROfesionales como tú. Soluciones como esta:

Cuenta Expansión Premium PRO

La cuenta con múltiples ventajas para profesionales como tú.

Si quieres conocer todas las ventajas que te ofrece la Cuenta Expansión Premium PRO, contacta con nosotros e identifícate como miembro de tu colectivo profesional y un gestor especializado te explicará con detalle las ventajas que tenemos para PROfesionales como tú.

Te estamos esperando.

XXXIX CERTAMEN NACIONAL DE ENFERMERÍA "CIUDAD DE SEVILLA"

BASES

1.- DENOMINACIÓN

"Certamen Nacional de Enfermería Ciudad de Sevilla".

2.- TIPOLOGÍAS DE PREMIOS Y OBJETO

Premio al mejor estudio de investigación

Objeto: Los premios se concederán a estudios monográficos o trabajos de investigación de Enfermería, inéditos y que, con anterioridad, no se hubiesen presentado a ningún otro Premio o Certamen de esta misma naturaleza, que se presenten a este Certamen de acuerdo a las Bases del mismo. No serán objeto de estos premios los trabajos subvencionados por otras entidades científicas o comerciales, ni las tesis doctorales presentadas a tal fin.

Premio Enfermería Joven

Objeto: Este premio pretende reconocer el interés por la formación en investigación de las personas colegiadas en sus etapas iniciales. Se establecerán dos modalidades: Premio al Trabajo Fin de Grado, Premio al mejor Trabajo Fin de Residencia.

Premio Enfermería Joven Posgrado

Objeto: Este premio pretende reconocer el interés por la formación en investigación de las personas colegiadas en sus etapas iniciales en su modalidad Premio al mejor Trabajo Fin de Máster. El titular del premio será la persona que presenta el trabajo final de estudios, el tutor/a tendrá también un reconocimiento (a no ser que comunique lo contrario).

3.- DOTACIÓN

La dotación económica será de **4000 €** para el Premio al mejor estudio de investigación; **500 €** para el Premio Enfermería Joven TFG y **1000 €** para el Premio Enfermería Joven TFR, y **1000 €** para Premio Enfermería Joven Posgrado.

Será Titular del importe de los premios quien aparezca como único o primer firmante del trabajo. Las cantidades indicadas hacen referencia al importe bruto de la dotación, a dicha cantidad habrá que descontarle la retención de IRPF vigente en cada momento. Así, el beneficiario percibirá mediante transferencia el importe neto resultante tras retener la cantidad de IRPF vigente, retención que será ingresada por el Colegio en la Hacienda Pública a nombre del colegiado/a.

4.- PRESENTACIÓN

Podrán optar al mismo los trabajos presentados hasta el **31 de octubre de 2023**.

Premio al mejor estudio de investigación

La solicitud se tramitará siguiendo las instrucciones que aparecen en las normas generales del área de investigación. Se entregará la siguiente documentación en formato electrónico:

- Documento pdf sobre el estudio realizado firmado con seudónimo y omitiendo referencias a localidad, centro o cualquier apartado, que pudiera inducir a los miembros del jurado a la identificación, antes de la apertura de las plicas, de la procedencia o autores de estos.
- Documento, donde se identifique el trabajo firmado con el seudónimo, con los nombres, dirección completa de autor/es, teléfono de contacto del primer firmante.
- CVA (últimos 5 años) de los firmantes siguiendo las instrucciones Fundación Española para la Ciencia y Tecnología (FECYT) del Ministerio de Ciencia e Innovación.

Premio Enfermería Joven y Enfermería Joven posgrado

La solicitud se tramitará siguiendo las instrucciones que aparecen en las normas generales del área de investigación. Se entregará la siguiente documentación en formato electrónico:

- CVA (últimos 5 años) siguiendo las instrucciones Fundación Española para la Ciencia y Tecnología (FECYT) del Ministerio de Ciencia e Innovación.
- Versión definitiva del trabajo defendido y aprobado por el programa de estudios.
- Certificado de notas con la calificación del trabajo presentado.
- Resumen de un máximo de 10 páginas de trabajo donde se especifique además el plan de difusión a la comunidad científica y a la sociedad, impacto del proyecto sobre la sociedad y la profesión.
- Autorización del supervisor del trabajo para su presentación y, en su caso, renuncia a la mención.

5.- CONCURSANTES

Como requisito general, la persona solicitante, así como los/as investigadores que forman parte del equipo que propone la solicitud, debe encontrarse dada de alta en el ECOES o en otros Colegios Oficiales de Enfermería de pertenecientes al Consejo General de Enfermería. Además, deben estar al corriente en el pago de las cuotas colegiales al menos 3 meses antes de la petición de la solicitud de ayuda. En el Premio Enfermería Joven y Enfermería Joven posgrado, las personas solicitantes deberán haber realizado su trabajo final de estudios en un programa directamente relacionado con la disciplina enfermera, en los últimos 5 años.

6.- VALORACIÓN Y CRITERIOS DE CONCESIÓN

La valoración se realizará por pares anónimos expertos en la materia, previa la declaración de inexistencia de conflicto de intereses. En base a las puntuaciones realizadas, la Comisión de Investigación tomará la decisión definitiva.

Criterios de concesión. Premio al mejor estudio de investigación

- El trabajo se evaluará con una rúbrica en los evalúa la calidad de presentación de la memoria, así como los diferentes apartados: título y resumen, introducción y marco teórico, hipótesis y objetivos, metodología, resultados, discusión, conclusiones y bibliografía.
- Se priorizarán los trabajos que utilizan lenguaje enfermero y con implicaciones directas para la disciplina.
- Se priorizarán los trabajos originales sobre los de revisión.

Criterios de concesión. Premio Enfermería Joven y Enfermería Joven posgrado

- El trabajo se evaluará con una rúbrica en los evalúa la calidad de presentación de la memoria, así como los diferentes apartados: título y resumen, introducción y marco teórico, hipótesis y objetivos, metodología, resultados, discusión, conclusiones y bibliografía.
- Se priorizarán los trabajos que utilizan lenguaje enfermero y con implicaciones directas para la disciplina y la sociedad, así como con un adecuado plan de difusión.
- Se tendrá en cuenta la calificación obtenida.

Los premios serán comunicados a sus autores o primer firmante por la Secretaría del ECOES.

7.- PROPIEDAD DE LOS TRABAJOS

Como norma general, los beneficiarios deberán mencionar de manera expresa en todas las publicaciones y actividades derivadas de las acciones subvencionadas que la actividad ha sido financiada por el Excelentísimo Colegio de Enfermería de Sevilla, siguiendo las instrucciones proporcionadas para ello. Igualmente, se animará a los/as titulares de los premios a publicar los resultados en la revista Hygia, pudiendo recibir asesoramiento científico para ello.