

VOLUMEN

41

TOMO

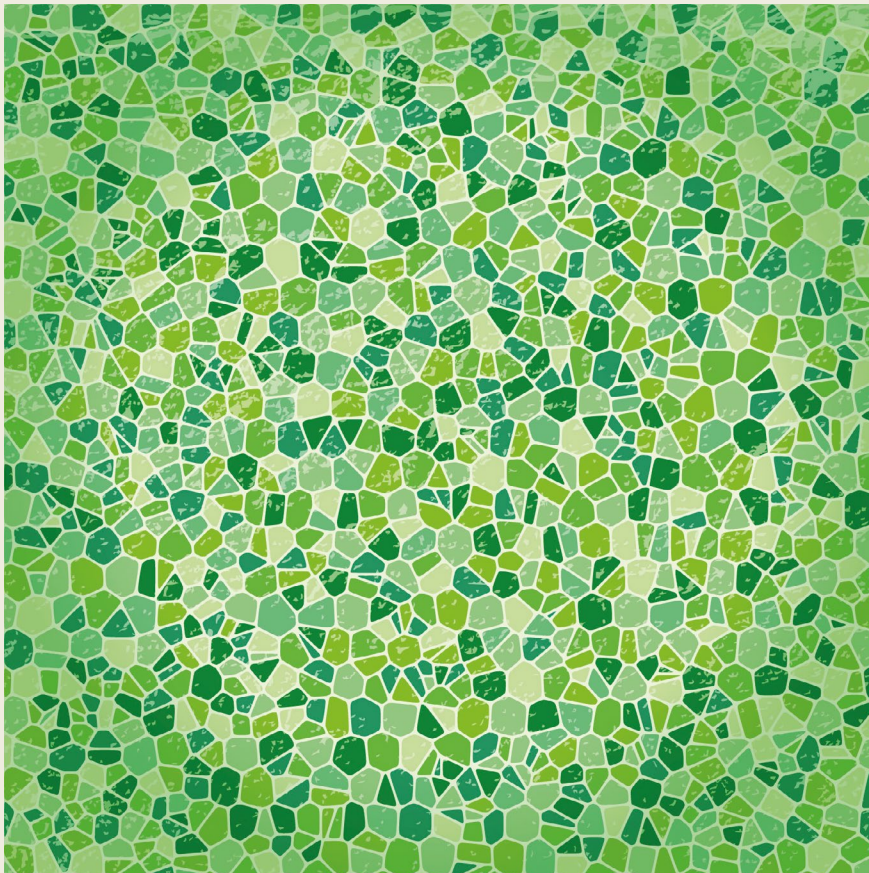
1

Revista científica del Colegio de Enfermería de Sevilla

ISSN: 1576/3056

Enero/abril de 2024

HYGIA DE ENFERMERÍA



Tráenos tu póliza de vida contratada con el banco y paga la mitad

Tenga el precio que tenga

¡ASEGURADO!

50%

De descuento
asegurado

“
Un servicio
para colegiados
del ICOES

**¡APÚNTATE
AL AHORRO!**

**Cambia tu póliza de vida contratada
con el banco por otra con las mismas
coberturas pero un 50% más barata**

Tan solo tienes que enviar a la correduría la siguiente documentación, por email o whatsapp:

- Copia de la póliza contratada
- Último recibo pagado de la póliza
- DNI por ambas caras
- Último recibo pagado de la cuota colegial
- Solicitud firmada



Si la póliza no la tienes contratada con el banco **consúltanos tu descuento**

**50% de descuento
¡ASEGURADO!**

Más información y contratación



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

SECRETARÍA DE REDACCIÓN

Jesús Fernández

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@icoes.es

ENVÍO DE ARTÍCULOS

hygia@icoes.es

DISEÑO Y MAQUETACIÓN

Juan José Sánchez

FOTOMECÁNICA E IMPRESIÓN

Tecnographic, S.L.



ILUSTRE 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

4 La educación terapéutica. Una competencia enfermera que no debe pasar desapercibida

Mercedes Terrero Varilla

ORIGINALES / ORIGINALS

6 Diferencias de género en la educación para la salud escolar. Clave y estrategia mediante agentes de cambio

Gender differences in school health education. Key and strategy through change agents

Antonio Manuel Barbero Radío

11 Consecuencias psicológicas por Covid-19 en Atención Primaria: evaluar la efectividad de una Intervención Psicoeducativa

Psychological consequences of Covid-19 in Primary Care: evaluate the effectiveness of a Psychoeducational Intervention

Dolores María Plaza Quesada, Patricia Torrero Gómez, María del Mar Benítez Hernández, Cristóbal Gómez Rodríguez y María Valdés Díaz

REVISIONES / REVIEWS

21 Cribado y diagnóstico de la anquiloglosia en recién nacidos

Screening and diagnosis of ankyloglossia in newborns

Claudia Ernst Soler, Cristina Reguera Carrasco y Natalia Padilla Hernández

29 Influencia de la pornografía desde una perspectiva de género: una revisión bibliográfica

Influence of pornography from a gender perspective: a literature review

María Muñoz-Fernández, Blanca Iglesias-Rosado y Virginia Roldán-Antúnez

37 Enfermería militar española: una visión actualizada

Spanish military nursing: an updated vision

María Collantes de Terán Doñoro y José Miguel Pérez Jiménez

ARTÍCULOS ESPECIALES / SPECIAL ARTICLES

46 Píldoras en investigación enfermera: La Teoría Fundamentada

Pills on nursing research: Grounded Theory

Ana María Moltó Boluda

49 Vibrio vulnificus, heridas bullosas y un paciente migrante de África. Un caso clínico poco común en los cuidados de enfermería

Vibrio vulnificus, bullous wounds and a migrant patient from Africa. A rare clinical case in nursing care

Pablo Santiago Moreno Tirado

La educación terapéutica. Una competencia enfermera que no debe pasar desapercibida

Mercedes Terrero Varilla

Miembro del comité de redacción de Hygia

Recientemente hemos asistido a la noticia de que el sindicato médico andaluz (SMA) había alertado de que "era cuestión de tiempo que alguien muriera a causa de la falta de la formación médica de los enfermeros", o de que la atribución de competencias médicas al colectivo de enfermería supone "un fraude" y un riesgo para el futuro del sistema sanitario público. Ante esto el Consejo Andaluz de Enfermería (CAE) manifestó su "profunda y absoluta repulsa", al margen de incidir en el "absoluto desconocimiento de la normativa y de las competencias y atribuciones del colectivo de enfermería, al que desprecia y falta el respeto"¹.

Lejos de opinar sobre dicha controversia vamos a aprovechar el escenario y revisar la bibliografía para, de forma sencilla, recordar la importancia de las competencias enfermeras y en concreto una competencia con un gran impacto en la vida de las personas, la comunidad y el sistema sanitario: la educación terapéutica (ET).

BREVE RECORDATORIO HISTÓRICO

En 1972, Leona Miller, una médica estadounidense, demostró los efectos positivos de la educación del paciente. Al usar un abordaje pedagógico, ella ayudó a los pacientes de Los Ángeles, que vivían con diabetes y que pertenecían a áreas con menos recursos, a controlar su patología y mejorar su independencia dependiendo menos de la medicación².

En 1975, el profesor Jean Philippe Assal, diabetólogo de Ginebra, Suiza, adoptó este concepto y creó un departamento en los Hospitales Universitarios de Ginebra para tratamiento y educación. Creó un equipo innovador e interdisciplinario que consistía en personal de enfermería, médicos, dietistas, psicólogos, cuidadores, arteterapeutas y fisioterapeutas, todos con el objetivo de alentar la participación del paciente en su aprendizaje³.

Desde entonces, la ET ha sido desarrollada para pacientes con diferentes enfermedades y trastornos crónicos, tales como asma, insuficiencia pulmonar, cáncer, enfermedad inflamatoria intestinal y, específicamente, para los pacientes con estomas y/o heridas. El objetivo de la ET es ayudar a los pacientes y cuidadores a comprender mejor la naturaleza de la enfermedad que tiene una persona, las estrategias de tratamiento necesarias y ayudarlas a lograr un mayor nivel de autonomía individual con respecto a cómo ellos manejan y afrontan la enfermedad⁴.

CARACTERÍSTICAS DEFINITORIAS DE LA EDUCACIÓN TERAPÉUTICA

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS)(1998), la educación terapéutica es la educación impartida por los prestadores de asistencia sanitaria formados en la educación de pacientes y diseñada para instrumentar a un paciente (o a un grupo de pacientes y familiares) para que pueda manejar el tratamiento de su enfermedad y evitar complicaciones que se pueden prevenir, conservando o mejorando la calidad de vida. Su objetivo principal es producir un efecto terapéutico adicional a todas las otras intervenciones, como puede ser el tratamiento farmacológico, físico, etc. Por consiguiente, la educación terapéutica está diseñada para formar a las personas en la adquisición de habilidades para la autogestión o adaptación del tratamiento a su enfermedad crónica específica y para que incorporen los procesos y habilidades a su vida diaria. También deberá contribuir a reducir el costo de la atención a largo plazo de los pacientes y de la sociedad. Esto es esencial para la autogestión eficiente y para la calidad de la atención de todas las enfermedades y afecciones prolongadas, aunque no se deben excluir de dichos beneficios a los pacientes graves. Por consiguiente, la educación terapéutica debe lograr que los pacientes adquieran y mantengan la capacidad para que puedan convivir con la enfermedad de manera óptima⁵.

Un elemento clave de la ET es el empoderamiento de las personas como proceso educativo, con la finalidad de ayudar a los pacientes a desarrollar los conocimientos, habilidades, actitudes y grado de autoconciencia necesaria para asumir efectivamente la responsabilidad de las decisiones relacionadas con su salud. Para lograrlo, la población necesita disponer de la información, el conocimiento y la comprensión de ésta. Esto les da la confianza y la voluntad de afirmar el control. La alfabetización en salud también incluye la comprensión correcta en relación a la salud y el sistema de salud, y permite a los pacientes comprender y actuar en su propio interés." (Kickbusch, 2004)⁶

De acuerdo con la OMS, la enfermera es el primer eslabón y el punto de contacto más sólido entre el sistema de salud y las personas⁷. En este sentido, desempeña una función primordial en esta estrategia, pues debe contar con competencias bien estructuradas y definidas para cumplir con los objetivos que se persiguen, con un propósito primordial, que es el de brindar atención y cuidados de calidad a las poblaciones que requieren de sus servicios, a través de la comunicación, el manejo de una información teóricodisciplinaria, así como la gestión de recursos con la comunidad y otras instancias⁸.



Además la evidencia demuestra que la mejora de los perfiles competenciales de las enfermeras mejora la atención a pacientes crónicos y su calidad de vida, mejora la adherencia terapéutica de las personas que conviven con un problema de salud y que mientras más dure el programa de educación menor es el tiempo de hospitalización en caso de que ocurra.

La bibliografía por tanto deja patente que, en la educación terapéutica, el profesional de enfermería tiene un papel muy importante como profesionales de referencia de las personas con problemas de cronicidad, en el seguimiento de los procesos y activación y gestión de los recursos asistenciales tanto humanos como materiales. Su formación profesional está basada entre otras, en el fomento del autocuidado siendo pues los profesionales idóneos por su perfil clínico y de educadores, con funciones de preparación y entrenamiento de los pacientes y sus familiares en diferentes entornos del sistema sanitario,

tanto del ámbito de la atención primaria y comunitaria como hospitalaria. Enfermería debe tener además, una importante implicación y acción en la comunidad, ello incluye movilizar a los distintos grupos poblacionales y trabajar con ellos en todas las fases y aspectos relacionados con sus necesidades de salud. De esta manera es posible potenciar redes y grupos que sean influyentes sobre otras personas o colectivos y con ello no sólo apoyamos el cambio sino que además, se establecen las bases para el mantenimiento del mismo y para la sostenibilidad de la intervención⁶.

En definitiva, reducir nuestro rol a la prescripción o indicación de fármacos, que por otra parte está regulada por normativa estatal, fruto de un amplio consenso, es negar la importancia que nuestras competencias tienen en el mantenimiento y la sostenibilidad de la salud y por ende, del sistema sanitario público.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pedro García V. Médicos y enfermeros se declaran la guerra en mitad de la triplepandemia. Noticia La Razon 25 andalucia. Sevilla creada :13/01/2024.
2. Miller LV, Goldstein J. More efficient care of diabetic patients in a county-hospital setting. *N Engl J Med* 1972;286:1388–1391.
3. Lacroix A, Assal JP. Therapeutic education of patients – new approaches to chronic illness, 2nd ed. Paris: Maloine; 2003.
- 4 Lataillade L and Chabal L . Therapeutic patient education; A multifaceted approach to healthcare. *WCET® Journal* 2020;40(2):35-42. DOI <https://doi.org/10.33235/wcet.40.2.35-42>
5. World Health Organization. Therapeutic patient education, continuing education programmes for health care providers. Report of a World Health Organization Working Group; 1998. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/145294/E63674.pdf 6. S
6. Loreto-Cruz B, Pastor-Monerris A. Educación para la Salud/Educación Terapéutica. Asociación de Enfermería Comunitaria. Mayo, 2014.
7. Sánchez-Ramos A. La práctica docente de Enfermería en “educación para la salud” 2010. *Enf. Neurol* 9 (2); 83-85.
8. Reyes-Gómez E. Fundamentos de Enfermería. Manual Moderno. 2015.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Terrero Varilla M. La educación terapéutica. Una competencia enfermera que no debe pasar desapercibida. *Hygia de Enfermería*. 2024; 41(1): 4-5

Diferencias de género en la educación para la salud escolar. Clave y estrategia mediante agentes de cambio

Gender differences in school health education. Key and strategy through change agents

Antonio Manuel Barbero Radío

Doctor en Ciencias de la Salud, Graduado en Enfermería y Sexólogo. Filiación institucional: funcionario de carrera, jefe de negociado de la Unidad de Promoción de la Salud Bellavista-La Palmera del Ayuntamiento de Sevilla, y profesor del Departamento de Enfermería de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad de Sevilla.

RESUMEN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define adolescencia como la primera etapa de la juventud caracterizada por la maduración de la persona en las dimensiones física y sexual, psicológica y social. Al respecto la fábula de la invencibilidad en jóvenes justifica la mediación en salud (estrategia educadora entre pares) como activo de salud y alternativa frente a conductas de riesgo; preguntando su impacto con el objetivo de conocer la percepción y valoración de la mediación para la salud de las adolescentes, por parte de jóvenes de 14 a 24 años, así como de profesionales expertos en la materia.

La metodología es de investigación cualitativa (diseño descriptivo y transversal) en dos fases; mediante observación participante, 7 entrevistas individuales y 72 grupos focales en jóvenes de 8 institutos y 12 asociaciones de Sevilla, y 38 entrevistas individuales y 3 grupos focales a profesionales.

Los resultados se unen a la discusión: dos tipos de mediación entre iguales; la de salud que comprende información temática y/o asesoramiento para la salud, y la mediación social; menos conocida e incluida en la anterior aunque a priori no las relacionan. La mediación en salud es bidireccional en cuanto facilita la recogida de datos y el diagnóstico de salud en la comunidad, y está considerada un activo de salud por los y las profesionales.

Las conclusiones refieren que las chicas no tienen preferencia por agentes de salud del mismo sexo, tal cual sí expresan los chicos. Por lo demás hay mayor implicación femenina al efecto (conocimiento, predisposición general y voluntariedad mediadora inclusive).

PALABRAS CLAVE

violencia de género, mediación para la salud, conducta del adolescente, investigación cualitativa

ABSTRACT

The WHO defines adolescence as the first stage of youth characterized by the maturation of the person in the physical and sexual, psychological and social dimensions. In this regard, the fable of invincibility in young people justifies health mediation (educational strategy among peers) as a health asset and an alternative to risky behaviors; asking its impact with the aim of knowing the perception and assessment of mediation for the health of adolescents, by young people from 14 to 24 years old, as well as expert professionals in the field.

The methodology is qualitative research (descriptive and cross-sectional design) in two phases; through participant observation, 7 individual interviews and 72 focus groups with young people from 8 institutes and 12 associations in Sevilla, and 38 individual interviews and 3 focus groups with professionals.

The results join the discussion: two types of mediation between equals; that of health that includes thematic information and/or advice for health, and social mediation; less known and included in the previous one although a priori they are not related. Health mediation is bidirectional in that it facilitates data collection and health diagnosis in the community, and is considered a health asset by professionals.

The conclusions refer that girls do not have a preference for health agents of the same sex, as boys do. For the rest, there is greater female involvement in the effect (knowledge, general predisposition and voluntary mediation included).

KEYWORDS

gender violence, mediation for health, adolescent behavior, qualitative research

INTRODUCCIÓN

En las Ciencias de la Salud surgen nuevas oportunidades para la investigación; desde la “promoción” hasta la “mediación” como pericia educadora entre iguales en pro de mejorar los hábitos de vida en la sociedad; poco conocida todavía y susceptible de ser investigada, inclusive en prevención del conflicto y violencia de género. Así el presente estudio plantea el paradigma interpretativo mediante la investigación cualitativa de la mediación en los y las adolescentes de 14 a 24 años mediante dos líneas de acción en Sevilla; tanto en el ámbito de la educación secundaria, así como en el del movimiento asociativo fuera del marco educativo reglado^{1,2}.

La motivación de la investigación radica en la prevalencia de las conductas de riesgo juveniles en la ciudad; mayor en chicos que en chicas, junto a la dificultad que tienen los y las jóvenes para interiorizar el mensaje saludable, así como por las barreras de comunicación de dicha población con respecto a los equipos profesionales y a la propia familia, con especial atención a las conductas de riesgo generadas en el ámbito afectivo sexual y de las Infecciones de Transmisión Sexual; ITS. Al respecto destacan las relaciones sexuales sin protección con una incidencia del 25% en menores de 30 años y del 45% en menores de 20; con la promiscuidad con diferentes parejas como potenciador del riesgo³. Es por ello que se justifica el planteamiento de investigar la efectividad de la mediación para disminuir dichas conductas de riesgo, dada la especial adhesión al mensaje cuando este proviene de iguales^{4,5}.

La mediación viene siendo una estrategia educadora también en salud, mediante la figura del agente mediador/a al efecto. En relación, cabe destacar como antecedente histórico; la influencia de diversas teorías que nutren el marco conceptual de la mediación en Salud: teoría del aprendizaje social; Bandura 1986, teoría de la difusión de la innovación; Rogers 1983, teoría social de la identidad; Tajfel y Turner 1979, teoría de la acción razonada; Fishbein y Ajzen 1975, teoría de la educación participativa; Freire entre otros 1970, y modelo de creencias de salud; Hochbaum entre otros 1958⁶.

El estado actual de la cuestión considera la mediación como la estrategia más segura para cambiar las conductas de riesgo dentro del campo de las ciencias sociales. Ha contribuido a esto, la evolución en la naturaleza de la sociedad moderna y de la juventud, así como el movimiento por la Promoción de la Salud. No obstante, la educación entre iguales evoluciona en Europa de forma desigual, dependiendo de la demografía y la cultura de la población, su entorno y contexto socioeconómico, la preparación y nivel de autodeterminación de los educadores y las educadoras, el contenido y el recorrido del programa en marcha⁷.

En cuanto a la adolescencia, la OMS la define como la primera etapa de la juventud caracterizada por la maduración de la persona en las dimensiones física y sexual, psicológica y social. Se caracteriza por su diversidad aún con aspectos comunes: mayor necesidad nutricional, rápido crecimiento de peso y talla, y aparición de caracteres sexuales secundarios. Ya en el plano psicológico y socio-relacional, la fábula de la invencibilidad en jóvenes justifica la mediación en salud: estrategia educadora entre pares como activo de salud y alternativa frente a conductas de riesgo; cabiendo preguntar sobre su impacto a partir de la teoría de la socialización de Arnett^{8,9}.

En cuanto a los objetivos de la investigación:

Objetivo general

- Conocer la percepción y valoración de la mediación para la salud de los y las adolescentes, por parte de jóvenes de 14 a 24 años, así como de profesionales expertos en la materia.

Objetivos específicos

- Identificar los tipos de mediación existentes.
- Diferenciar la mediación en salud de la mediación social.
- Explorar el nivel de aceptación al objeto de la mediación en adolescentes.
- Determinar el espacio de actuación más eficaz para la mediación.
- Definir el perfil del mediador/a “auctoritas”.
- Descubrir el asociacionismo como espacio de mediación para la atención sanitaria.
- Conocer el grado de identificación agente mediador - programa promotor de salud.

METODOLOGÍA

Investigación cualitativa (diseño descriptivo y transversal) entre los años 2013 y 2016; mediante observación participante, 7 entrevistas individuales y 72 grupos focales en jóvenes de 8 institutos y 12 asociaciones de Sevilla. También, 38 entrevistas individuales y 3 grupos focales a profesionales para triangulación de datos¹.

Criterios de selección: los de inclusión atienden a jóvenes de educación secundaria con experiencia asociativa y de asociaciones con independencia del momento de su educación secundaria reglada, autorización del centro educativo o asociación para la investigación, y profesionales del ámbito asociativo-educativo-sanitario y demás experiencia en la materia. Los criterios de exclusión atienden a personas fuera del rango de 14 a 24 años a excepción de los y las profesionales, y a personas que no hayan firmado el consentimiento informado individual. Al respecto de esto último; la investigación cuenta con el consentimiento de toda la muestra estudiada; sujeto a la ley orgánica de protección de datos 3/2018 de 5 de diciembre, así como con la autorización del Comité de Ética correspondiente.

Atributos: Los de jóvenes son sexo (masculino / femenino), edad (pubertad / adolescencia / juventud), centro (público / privado), sistema (educativo / asociativo), territorio (bajo índice sintético / elevado índice sintético), agente de salud (sí / no), evasión o exclusión (integración en grupo / sin integración en grupo), instrucción (formación previa / sin formación previa), vivencia: experiencia personal / sin experiencia personal. Los de profesionales son perfil profesional (animador/a sociocultural, profesor/a, técnico/a, psicólogo/a, enfermero/a, educador/a, psicopedagogo/a, médico/a, orientador/a, director/a, coordinador/a, trabajador/a social, auxiliar de enfermería, ayudante/a sanitario/a y jefe/a de estudios), empresa (asociación, IES, Centro de Salud, Ayuntamiento, Centro Cívico, Distrito Sanitario, Delegación o Consejería, Centro de Educación Permanente y Universidad), y grupo (Asociacionismo, Sistema Educativo, Sistema Sanitario e Informantes Claves).

Los datos recogidos corresponden a 193 chicos y 234 chicas; reducidos como parte de un análisis básico mediante segmentación en elementos singulares por su relevancia y significancia

para la investigación: unidades textuales o verbatim sometiados a categorización y codificación, sin que procedan interpretaciones previas y respetando la información obtenida. Dicha categorización conlleva la identificación y clasificación de los verbatim sometiados a un mismo tópico o concepto teórico; es textual y simultánea a la separación de los mismos por criterios temáticos en especial, seguidos de criterios conversacionales o sociales. De hecho, las categorías/subcategorías son clasificaciones básicas de conceptualización; tanto predefinidas como por procedimiento inductivo en este caso. Por lo demás, la codificación se realiza asignando unidades de numeración a los datos recogidos, por lo que no es textual sino numérica o simbólica y por consiguiente manipulable por la estadística.

RESULTADOS

Se identifican dos tipos de mediación entre iguales: la mediación en salud y la mediación social; esta última integrada en la primera. La mediación en salud comprende información temática y/o asesoramiento para la salud. Es menos conocida que la mediación social y a priori no la relacionan con ésta. Es bidireccional en cuanto facilita la recogida de datos y el diagnóstico de salud en la comunidad, y está considerada un activo de salud por los y las profesionales. La mediación social es resolución de conflictos y es parte de la mediación para la salud porque revierte en el bienestar psicológico de las personas. La mediación es una estrategia aceptada por los y las adolescentes. Sus contenidos preferidos son los temas psicoafectivo-emocionales y/o sexuales porque salva las barreras de comunicación con familia y profesionales. El perfil de la mediadora también exige que sea de igual edad, entorno y/o experiencia; con formación y liderazgo didáctico así como con habilidad social y comunicativa. A mayor edad hay mayor predisposición a mediar; pero menor exigencia del factor igualdad, con especial valoración de la mediación informal basada en la experiencia y la actitud. El factor igualdad incrementa la validez y aceptación de agentes modelos, así como la participación, confianza, empatía, visión y lenguaje común. Hay más chicas mediadoras que chicos... con menor preferencia en ellas por agentes del mismo sexo. Las jóvenes tampoco identifican al mediador/a como miembro que es del equipo Forma Joven. Hay discontinuidad del programa Forma Joven por falta de recursos, con variabilidad territorial en Sevilla; sujeto a demanda y a la capacidad de acuerdo entre las Unidades de Gestión Clínica y las de Promoción de la Salud de la administración local. Al respecto valoran especialmente su implementación en el sistema asociativo; complementario al sistema educativo obligatorio.

DISCUSIÓN

El análisis del atributo “sexo” refiere una mayoría femenina que se da a casi todas las edades; y no sólo en el voluntariado para esta investigación, sino con más diferencia aún en cuanto al número de mediadoras; en consonancia con los datos estadísticos de la Plataforma de Voluntariado en España². Quizás debido a los condicionantes culturales diferenciales para hombres y mujeres, por el que estas conservan el papel tradicional de prestar su tiempo: desde su afecto y maternidad hasta la solidaridad, cooperación y mediación en la sociedad. Aquí se demuestra un mayor compromiso socioeducativo y sanitario por parte de las chicas, más allá de cuanto concluyen Mario Blanco y Paola Castro en su “Análisis comparativo del compromiso organizacional manifestado”⁶; mientras que en el asociacionismo por

ejemplo, la intervención masculina se basa en la implicación de las entidades en la esfera pública; observándose una mayoría masculina únicamente en las organizaciones políticas o deportivas que aportan mayor relevancia o prestigio social de entre todas las que se han investigado en esta muestra.

Ver Gráfico 1.

El análisis del atributo “edad” en jóvenes refiere las distintas formas de vivir el periodo de la juventud según la fase de la misma en la que se encuentre la persona. Y es que una mera diferencia de 2 años puede ser un abismo en el comportamiento y en la relación con los y las jóvenes. La razón está en la importancia y el número de cambios físicos, psicológicos y sociales en tan poco tiempo; con especial atención al desarrollo cerebral y la autoestima⁴. Así en este caso la mitad de la muestra se agrupa en la fase “adolescencia tardía” de 17 a 19 años; cuyo pensamiento ya adulto y consolidación de identidad y valores propios, favorecen cualquier determinación y posicionamiento; coincidiendo con Ignacio Calderón en su estudio “Jóvenes y Valores Sociales”⁵. La mediación en salud es una oportunidad entorno a la mayoría de edad, que los y las jóvenes anhelan por hacerse ver.

Ver Gráfico 2.

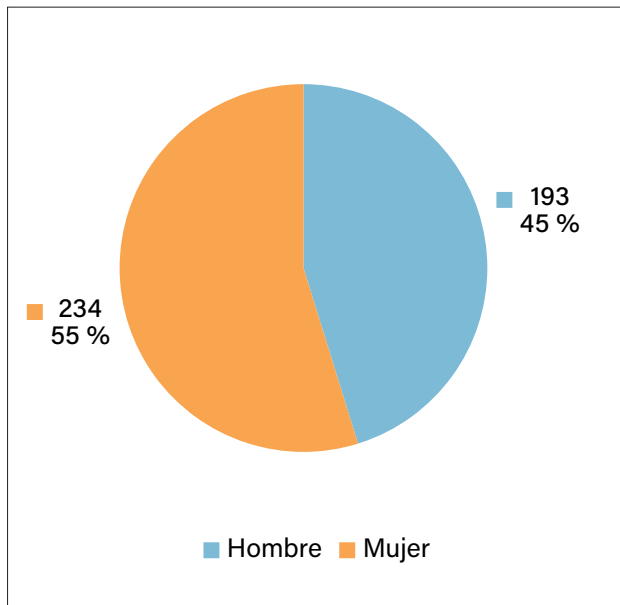
El análisis de los atributos “centro” y “sistema” en jóvenes refiere que la mayoría de la muestra ha sido captada en centros educativos públicos de Sevilla, teniendo en cuenta que esta es también la titularidad hegemónica de institutos en el contexto provincial, autonómico y nacional^{10,11}. En cualquier caso el total de jóvenes refiere experiencia en el asociacionismo; de carácter privado por definición aun con relativa subvención pública. Salvando esto, se detecta que la mayoría de las entidades comunitarias que han aportado muestra; corresponden al denominado tercer sector: organizaciones privadas sin ánimo de lucro que revierten sus beneficios en la propia entidad para seguir cumpliendo sus objetivos fundacionales, así como con capacidad de autocontrol de sus actividades, y marcado grado de participación voluntaria. Todo esto supone el mejor complemento al sistema educativo en materia de mediación en salud; en honor a la teoría asociacionista del aprendizaje; base del conductismo, de la mano de David Hume y John Stuar^{6,12}.

Ver Gráfico 3.

El análisis del atributo “perfil” profesional tiene sentido en relación al atributo “empresa” de pertenencia; y es que hay mayoría de docentes porque hay mayoría de institutos; tal cual centros de salud seguidos de otras unidades del servicio de salud municipal, razón en cualquier caso por la que el perfil sanitario es el que sigue en frecuencia.

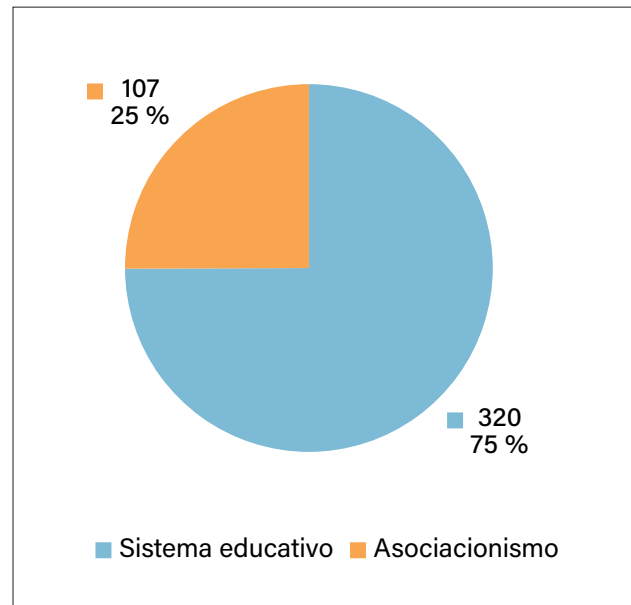
El análisis del “discurso” profesional está directamente relacionado con el “perfil” y la “empresa” de pertenencia; pero más allá de los intereses individuales, cual en su día defendió el sociólogo Reinhard Bendix^{7,13}. En cuanto a lo primero, es de sentido común que cada profesional se pronuncie en el ámbito del que se considera especialista; así el perfil psico-social lo hace del asociacionismo, y el docente y sanitario del sistema educativo y sanitario respectivamente. Por lo demás, la vinculación del discurso con la empresa depende de las competencias de ésta en la materia; por lo que el del sistema educativo y sanitario radican en la administración autonómica que contrata a profesorado y sanitarios. Estos últimos también

Gráfico 1. Frecuencia y porcentaje de jóvenes por sexo.



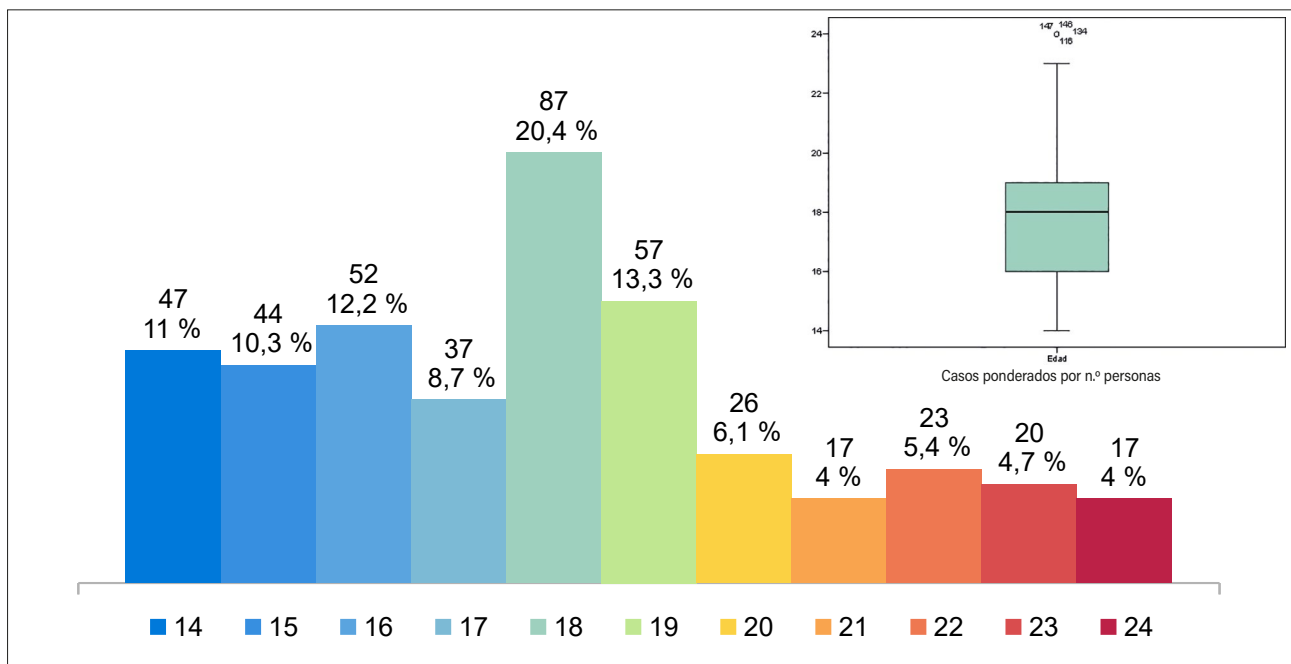
Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 3. Frecuencia y porcentaje de jóvenes por tipo de sistema.



Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 2. Frecuencia y porcentaje de jóvenes por edad.



Fuente: Elaboración propia.

lo son por parte de la administración local, tal cual los profesionales de ámbito psicosocial con respecto al asociacionismo, ya que dicho perfil y la empresa municipal presentan mayor cercanía a la comunidad.

La propia visión de la ciudadanía hacia "su administración" exige al consistorio la facultad de acercamiento y conocimiento de los problemas que se dan en el pueblo o ciudad, sea mediante competencias propias o no, así como favoreciendo la participación ciudadana. Por experiencia; no siempre se da, tal cual reconoce

la propia OMS sea cual sea el nivel de gestión u organización¹⁴; pero en el caso de los ayuntamientos, la propia configuración de los mismos como gobiernos locales, ya facilita la acción integral en la mejora o solución de dichos problemas; inclusive los de salud. Y es que "salud y ciudad" supone un engranaje de desarrollo compartido que deja patente la responsabilidad de un ayuntamiento conforme dictamina la propia ley reguladora de las haciendas locales; tanto con adultos y mayores, como con niños y adolescentes desde la pedagogía¹⁵.

CONCLUSIONES

Hay mayor implicación femenina como agentes de salud (conocimiento, predisposición general y voluntariedad mediadora inclusive). Por lo demás:

- Se identifican dos tipos de mediación entre iguales: la mediación en salud y la mediación social; esta última integrada en la primera.
- La mediación en salud comprende información temática y/o asesoramiento para la salud. Es menos conocida que la mediación social y a priori no la relacionan con ésta. Es bidireccional en cuanto facilita la recogida de datos y el diagnóstico de salud en la comunidad, y está considerada un activo de salud por los y las profesionales. La mediación social es resolución de conflictos y es parte de la mediación para la salud porque revierte en el bienestar psicológico de las personas.
- La mediación es una estrategia aceptada por los y las adolescentes. Sus contenidos preferidos son los temas psicoafectivo-emocionales y/o sexuales porque salva las barreras de comunicación con familia y profesionales.
- El espacio educativo al ser obligatorio es el más pertinente para mediar con adolescentes. El espacio asociativo es más eficaz por ser específico y voluntario, es más autocrítico que el sistema educativo y trabaja con pequeños grupos de seguimiento. Ambos son complementarios. La Universidad y el Ayuntamiento de Sevilla son las instituciones con mayor actividad mediadora de salud en la ciudad. La empresa privada es más sensible a la mediación social.
- El perfil del mediador o la mediadora exige que sea de igual

edad, entorno y/o experiencia; con formación y liderazgo didáctico, así como con habilidad social y comunicativa. A mayor edad hay mayor predisposición a mediar, pero menor exigencia del factor igualdad; con especial valoración de la mediación informal basada en la experiencia y la actitud. El factor igualdad incrementa la validez y aceptación de agentes modelos, así como la participación, confianza, empatía, visión y lenguaje común. Hay más chicas mediadoras que chicos... , con mayor preferencia en éstos por agentes del mismo género.

- El asociacionismo en especial y a través de la mediación en salud, supone la extensión de la Atención Primaria con gran rentabilidad en grupos estigmatizados y/o en exclusión social; a quienes es más difícil acceder a través de la red de Atención Primaria. La población y territorio de más bajo nivel socioeconómico es la principal necesitada de mediación, aun desconociéndola más aún.
- Los y las jóvenes no identifican al mediador/a como miembro que es del equipo Forma Joven. Hay discontinuidad del programa Forma Joven por falta de recursos, con variabilidad territorial en Sevilla; sujeto a demanda y a la capacidad de acuerdo entre las Unidades de Gestión Clínica y las de Promoción de la Salud de la administración local.

AGRADECIMIENTOS

Procede poner en valor la tesis doctoral como contexto del presente artículo; dirigida por doña M^a Ángeles García-Carpintero Muñoz y don José Rafael González López. Para ellos mi reconocimiento.

BIBLIOGRAFÍA

1. José M. Argimón Pallás, José Jiménez Villa. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. Barcelona. Elsevier; 2019.
2. Isabel del Arco Bravo. Empoderamiento comunitario para la promoción de la salud. Madrid. ESIC; 2021.
3. Terri Apter. Cómo interpretar a los adolescentes, retos y placeres de la educación en la adolescencia. Barcelona. Marcombo; 2023.
4. José Casas Rivero y María Jesús González Fierro. Desarrollo del adolescente; aspectos físicos, psicológicos y sociales. *Pediatría Integral* XVII (2): 88-93. Lima. Universidad Privada del Norte; 2013. Disponible en <https://www.pediatriaintegral.es/wp-content/uploads/2013/xvii02/01/88-93%20Desarrollo.pdf>
5. Débora Tajer (dirección). Niñez, adolescencia y género; Herramientas Interdisciplinarias para Equipos de salud y educación. Buenos Aires. Noveduc; 2021.
6. Beatriz Lucas Molina y Marta Giménez Dasí (coordinación). Promoción de la salud a través de programas de intervención en contexto educativo: la oportunidad de la escuela. Madrid. Pirámide; 2019.
7. José Enrique Caballero López. Educación sanitaria y promoción de la salud. Madrid. Síntesis; 2022.
8. María Elena Garassini. Desarrollo positivo adolescente. Ciudad de México. Manual Moderno; 2022.
9. Judith Butler. El género en disputa: el feminismo y la subversión de la identidad. Madrid. Paidós; 2016.
10. Diputación de Sevilla. Diputación de Sevilla [Internet]. Web corporativa de Diputación de Sevilla. 2024 [1 de marzo 2024]. Disponible en <https://www.dipusevilla.es/>
11. Consejería de Educación, Cultura y Deporte. Junta de Andalucía [Internet]. Web corporativa Junta de Andalucía [2 de marzo 2024]. Disponible en <http://www.juntadeandalucia.es/educacion/vscripts/centros/>
12. Gloria Novel Martí. Mediación en salud; en nuevo paradigma cultural en organizaciones que cuidan. Madrid. Reus; 2012.
13. Rocío Rodríguez Rey y María Cantero García. Albert Bandura: impacto en la educación de la teoría cognitiva social del aprendizaje. *Padres y Maestros*. (384): 72-6. Madrid. Universidad Pontificia de Comillas; 2020 Disponible en <https://revistas.comillas.edu/index.php/padresymaestros/article/view/15086/13481>
14. Organización Mundial de la Salud. Salud del adolescente [Internet]. Web corporativa de la Organización Mundial de la Salud [27 de febrero 2024]. Disponible en https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1
15. Jordi Nomen. Cómo hablar con un adolescente y que te escuche. Madrid. Arpa; 2024.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Barbero Radío AM. Diferencias de género en la educación para la salud escolar. Clave y estrategia mediante agentes de cambio. *Hygia de Enfermería*. 2024; 41(1): 6-10

Consecuencias psicológicas por Covid-19 en Atención Primaria: evaluar la efectividad de una Intervención Psicoeducativa

Psychological consequences of Covid-19 in Primary Care: evaluate the effectiveness of a Psychoeducational Intervention

Dolores María Plaza Quesada^{AB}, Patricia Torrero Gómez^B, María del Mar Benítez Hernández^C, Cristóbal Gómez Rodríguez^B y María Valdés Díaz^C

^A Enfermera asistencial. Centro de salud San Luis, Distrito Sevilla. Enfermera especialista en Salud Mental.

^B Graduada/o en Psicología. Universidad de Sevilla.

^C Doctora en Psicología. Facultad de Psicología de Sevilla.

RESUMEN

La pandemia por COVID-19 ha supuesto un escenario de malestar generalizado que ha llevado a vivenciar situaciones estresantes afectando la salud mental de la población general.

El objetivo del proyecto es evaluar la efectividad de una intervención psicológica mediante un Programa Psicoeducativo de terapia cognitivo-conductual y psicoeducación, en pacientes de un centro de salud de Sevilla que acuden a consulta médica/enfermera y presentan diagnósticos de ansiedad alta, depresión media-severa, alto nivel de estrés percibido y bajo afrontamiento. Igualmente, se pretende abordar las alteraciones o exacerbaciones de los diagnósticos mencionados por otras circunstancias de la vida diaria.

La hipótesis principal plantea que, los participantes experimentarán mejoría en la sintomatología de los diagnósticos enumerados. Para ello, se ha contado con un total de 34 participantes, 24 mujeres (70.6%) y 10 hombres (29.4%), los cuales han cumplimentado cinco cuestionarios: Cuestionario Genérico ad hoc sobre variables relacionadas con la COVID-19, Escala Autoaplicada de Depresión (corte 52-67), Escala de Estrés Percibido (> nivel), Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (61>70) y Cuestionario Brief-Cope (< presencia).

Los resultados obtenidos reflejan que, tras la intervención, ha disminuido la sintomatología de las cuatro variables estudiadas en la muestra. La participación femenina es significativamente superior respecto a la masculina, lo cual no permite realizar una comparativa en función del sexo al no disponer de una proporción muestral semejante.

Se concluye que, la intervención psicoeducativa ha mostrado su efectividad, disminuyendo la ansiedad, depresión, estrés percibido y aumentando los recursos de afrontamiento entre quienes han participado en el estudio.

PALABRAS CLAVE

COVID-19, ansiedad, depresión, estrés percibido, estrategias de afrontamiento, intervención psicoeducativa

ABSTRACT

The COVID-19 pandemic has created a scenario of generalised unrest that has led to stressful situations affecting the mental health of the general population.

The aim of the project is to evaluate the effectiveness of a psychological intervention through a psychoeducational programme of cognitive-behavioural therapy and psychoeducation in patients from a health centre in Seville who attend a doctor/nurse's surgery and present diagnoses of high anxiety, medium-severe depression, high perceived stress level and low affliction of the general population. It also aims to address the alterations or exacerbations of the aforementioned diagnoses due to other circumstances of daily life.

The main hypothesis is that participants will experience improvement in the symptomatology of the listed diagnoses. A total of 34 participants, 24 women (70.6%) and 10 men (29.4%), completed five questionnaires: Ad hoc Generic Questionnaire on variables related to COVID-19, Self-Applied Depression Scale (cut-off 52-67), Perceived Stress Scale (> level), State-Trait Anxiety Questionnaire (61>70) and Brief-Cope Questionnaire (< presence).

The results obtained show that, after the intervention, the symptomatology of the four variables studied in the sample has decreased. The participation of women is significantly higher than that of men, which does not allow us to make a comparison according to gender, as we do not have a similar sample proportion.

It is concluded that the psychoeducational intervention has shown its effectiveness, reducing anxiety, depression, perceived stress and increasing coping resources among those who participated in the study.

KEYWORDS

COVID-19, anxiety, depression, perceived stress, coping strategies, psychoeducational intervention

INTRODUCCIÓN

La COVID-19 (SARS-CoV2) es una enfermedad infecciosa que ha ocasionado un gran impacto físico-mental en la población mundial, incrementándose de forma exponencial, el número de casos de personas que sufren trastornos psicopatológicos y alteraciones de índole emocional^{1,2}.

Múltiples investigaciones sobre este impacto en salud mental por COVID-19 han puesto de manifiesto el empeoramiento de la salud mental de la población como consecuencia de la situación extraordinaria de la pandemia, aunque varios estudios han demostrado que estos síntomas pueden ser agravados o mejorados, por las medidas y estrategias acordadas por la gestión de los gobiernos afectados, para disminuir la expansión del virus. Dichas medidas demuestran un beneficio en la salud tanto física como psicológica de la población de ese gobierno³. Igualmente se ha demostrado la extrema falta que existe en proporcionar asistencia psicológica suficiente y adecuada en las personas⁴.

Los factores de riesgo que han precipitado este crecimiento exponencial han sido, entre otros, el aislamiento, la ausencia de contacto social o el aumento de la duración de la cuarentena^{5,6}. Asimismo, la información proporcionada por los medios de comunicación ha provocado altos grados de malestar en quienes eran consumidores frecuentes, provocando alteraciones mentales y psicósomática^{7,8}.

La población con movilidad restringida, y déficit de contacto con terceros han sido proclives a manifestar trastornos psicopatológicos como insomnio, trastorno de estrés postraumático, ansiedad o depresión². A su vez, quienes de forma previa a la COVID-19 tenían un estado de ánimo bajo y/o cualquier otro problema de salud mental, han resultado severamente perjudicados por el aislamiento producido por la pandemia⁹.

Diferentes estudios han reflejado que las mujeres son una población vulnerable frente a la COVID-19^{10,11}, hecho que se ha corroborado en esta investigación al haber una mayor participación de esta población frente a la masculina.

Estudios de índole internacional señalan que, la pandemia de la Covid-19, ha tenido un gran impacto psicológico en la población general. Una investigación desarrollada en Grecia¹², donde participaron 3399 participantes (81.08% mujeres; 18.27% hombres), enfatizó un empeoramiento de la salud mental de los asistentes al estudio con datos que reflejan que la depresión clínica prevaleció en un 9.31% de la muestra, en el 8.5% de los casos se observó malestar severo, mientras que la sintomatología ansiógena se contabilizó en el 45% del total de los asistentes. Los pensamientos suicidas se elevaron un 10.40% y tan solo se redujeron un 4.42% sobre el total. Asimismo, otro análisis realizado en países latinoamericanos¹³, entre los que se encontraron México, Cuba, Chile, Colombia y Guatemala, evidenció síntomas clínicos en relación con la pandemia de la Covid-19. Los resultados mostraron sintomatología ansioso-depresiva y estrés, siendo Cuba el país con menores niveles de ansiedad, depresión y estrés y Chile el que mayores tasas de indicadores clínicos presentó.

Un estudio realizado en 2021¹⁴ señala que, entre los principales indicadores de impacto psicológico registrados en las diferentes regiones de la geografía española, resaltan respuestas desadaptativas relacionadas con sintomatología depresiva (46.7%),

estrés (33.2%) y ansiedad (10.7%). Hay que destacar que, la comunidad autónoma de Andalucía ha sido la que ha registrado un mayor porcentaje de personas que manifiestan tener indicios de depresión (59.6%), ansiedad (16.2%) y/o estrés (41.7%). Además, analizando los efectos psicológicos que la pandemia de la COVID-19 ha ocasionado dentro del contexto de los profesionales sanitarios, se ha constatado que han desarrollado niveles de ansiedad y depresión elevados en comparación con los meses previos a dicho acontecimiento^{15,16,11}.

El marco conceptual de la Enfermería abarca aspectos perceptibles muy importantes para la profesión, pero además existe un proceso mental estructurado antes, durante y después de cualquier tarea perceptible. Hay que tener en cuenta el conocimiento y las actitudes que deben acompañar la ejecución competente de una actividad de Enfermería, que es solo parte de un plan deliberado¹⁷. Dentro de las competencias del profesional de Enfermería se encuentra la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la educación y la investigación tanto de los individuos, como de la familia y la comunidad¹⁸. La enfermera especialista en Salud Mental es una figura de colaboración muy pertinente para establecer espacios de inclusión con otros profesionales del campo de la salud.

La Psicología es una ciencia relacionada con la naturaleza humana, que investiga los procesos vitales, proceso cognitivo-conductual mediante una gran diversidad de métodos. La prioridad es mejorar la calidad de vida y el bienestar de las personas en general y en particular, atender todas las necesidades psicológicas que presenten los diferentes grupos afectados, en algún momento de sus vidas¹⁹.

El objetivo de este trabajo es evaluar la efectividad de una intervención psicológica mediante un Programa Psicoeducativo formado por terapia cognitivo-conductual y psicoeducación.

METODOLOGÍA

El estudio se implementó en el Centro de Salud de Atención Primaria "San Luis" en Sevilla capital, durante el marco temporal que abarca desde octubre de 2021 hasta junio de 2023.

Se ha llevado a cabo una investigación cuasiexperimental longitudinal con un solo grupo intervención, sin grupo comparador. La forma de muestreo que se ha empleado ha sido por accesibilidad. La población diana: pacientes que acuden a las consultas de médicos y enfermeras del centro de salud, que presentan síntomas de alteraciones psicológicas a consecuencia de la pandemia por Covid-19, en algunas de las 4 variables objeto de estudio: ansiedad, depresión, estrés, bajas estrategias de afrontamiento, así como todos aquellos pacientes que presentan alteraciones o exacerbaciones de los diagnósticos citados por otras causas, se les ofrece de forma voluntaria su inclusión en el Programa Psicoeducativo, quedando organizado el circuito asistencial.

Criterios de inclusión: adultos, ambos sexos, usuarios de la UGC de Atención Primaria "San Luis", Sevilla, haber sido informado del estudio y haber firmado consentimiento informado, participación voluntaria. Exclusión: diagnóstico de trastorno mental grave, no haber cumplimentado correctamente los instrumentos, alteraciones sensoriales auditivas, menor de 18 años.

Tabla 1. Análisis de medidas repetidas intrasujeto para las variables de ansiedad, depresión y estrés percibido.

	Media (M)	Desviación típica (DT)	Eta Cuadrado Parcial (η_p^2)	Significación (p)
Ansiedad	Pre: 80.38 Post: 54.62	Pre: 19.85 Post: 20.78	.647	.00
Depresión	Pre: 53.00 Post: 45.35	Pre: 8.55 Post: 8.56	.516	.00
Estrés percibido	Pre: 38.21 Post: 27.41	Pre: 7.19 Post: 8.05	.703	.00

Variabes de efectividad: disminución en las puntuaciones de Depresión, Ansiedad, Estrés, aumento de las Estrategias de Afrontamiento tras la participación en el Programa Psicoeducativo. Hemos incorporado que influencia tendría el sexo biológico.

Como unidades de medida e instrumentos se elaboró de forma propia un instrumento de evaluación autoadministrado (véase ANEXO I) donde se englobaron variables sociodemográficas (sexo, edad...), así como ítems donde se analizaban cuántos convivientes residían junto a la persona participante en el estudio dentro del hogar y el temor que sentía frente a un posible contagio por COVID-19. También, se empleó la Escala Auto aplicada de Depresión (SDS): depresión ausente (25-35 pts.) depresión subclínica (36-51 pts.) depresión media-severa (52-67 pts.) depresión grave (68-100). La Escala de Estrés Percibido (PSS): puntuación directa, a mayor puntuación mayor estrés percibido. El Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI): puntuaciones centiles de 0-100, la media es 50, de 51-60 normal alto, 61-70 elevado, mayor de 70 muy elevado. Cuestionario Brief Cope: a mayor puntuación mayor presencia de estrategias de afrontamiento (ANEXO IV). Todos estos instrumentos de evaluación se cumplimentaron tanto al inicio de la intervención como al término de esta, es decir, se empleó un sistema de evaluación con dos momentos de medida (pre/post).

Una vez comprobados los criterios de inclusión/exclusión, mediante llamada telefónica, realizada por enfermera especialista en Salud Mental y Graduada en Psicología y Graduado en Psicología, en colaboración con el resto de miembros del equipo de investigación: dos Psicólogas de la Facultad de Psicología, se les informaba sobre el Programa Psicoeducativo, sobre la firma del consentimiento informado y cumplimentación de los Instrumentos de medida que se llevarían a cabo en la 1ª sesión de la terapia (entrevista) puntos de corte en la entrevista: depresión media-severa (52-67), en caso de depresión grave se remitía a su médico de familia para valoración. Estrés (> nivel de estrés percibido) ansiedad (61>70), estrategias de afrontamiento (< presencia de estrategias). El quinto miembro del equipo llevó a cabo el análisis y redacción de datos.

DESCRIPCIÓN DE LA INTERVENCIÓN

El Programa Psicoeducativo está formado por dos bloques de actividades:

- Bloque 1: instrucción de un método cognitivo conductual, modelo de Albert Ellis TREC²⁰ (ANEXO II) mediante una evaluación continuada y guiada a través de ejercicios y exposición de casos prácticos.
- Bloque 2: sesiones psicoeducativas sobre el funcionamiento cerebral, emociones, pensamientos, procesos de pensamientos, estrategias de comunicación, habilidades sociales.... Técnicas de relajación y exposición en grupo.

Ambos bloques fueron impartidos por una Enfermera especialista en Salud Mental y Graduada en Psicología, vinculada al centro como EBAP (enfermera base de atención primaria) y un Graduado en Psicología externo. Se realizaron en consulta del centro, sala de juntas, sala maternal y Biblioteca, con la autorización del director del centro y la concesión mediante dictamen favorable del Comité de Ética de Andalucía (PEIBA).

La intervención estuvo formada por 5-6 usuarios por grupo (6 grupos en total) cada uno con dos momentos de medida, una en la entrevista (pre) y otra en la evaluación final (post) al final de las 5 semanas de terapia. Dentro del estudio se analiza que síntomas presentan los participantes previos a la intervención y después de haberla realizado. Recibieron 10 sesiones de terapia: 1 sesión individual y 9 sesiones grupales, 2 sesiones por semana 4h, una de TREC (bloque 1 un día a la semana) y otra de Psicoeducación, técnica de relajación y exposición en grupo (bloque 2 el siguiente día de la semana), distribuidas de la siguiente manera: 1 sesión individual (entrevista) de encuadre y alianza terapéutica, entrega del cuestionario (pretest) duración 40-45 min., 4 sesiones siguiendo la Metodología TREC duración 120 minutos, 5 sesiones de Psicoeducación, técnica de relajación y exposición en grupo, 120 minutos. En la última sesión entrega de cuestionario (post) ANEXO IV.

Respecto al análisis estadístico llevado a cabo, se utilizó la aplicación informática IBM SPSS versión 26.0 para el estudio de los datos obtenidos en las pruebas de evaluación. Para el objetivo propuesto se realizó un análisis descriptivo en el que se incluyen los valores obtenidos en los mínimos, máximos, media y desviación típica en los dos momentos de medida para la variable estilos de afrontamiento. En cuanto al resto de variables (ansiedad, depresión y estrés) se ha empleado un análisis de

Tabla 2. Estrategias de afrontamiento frecuentadas en el momento de medida pre/post: mínimo, máximo, media y desviación típica.

	Mínimo (MÍN) pre/post	Máximo (MÁX) pre/post	Media (M) pre/post	Desviación típica (DT) pre/post
Autodistracción	3/3	8/8	6.12/5.94	1.67/1.54
Afrontamiento activo	2/4	8/8	5.74/6.91	1.38/0.97
Planificación	3/3	8/8	5.71/6.68	1.40/1.22
Apoyo emocional	0/2	8/8	5.65/6.44	2.21/1.78
Descarga emocional	0/0	8/8	5.26/5.29	1.90/1.96
Aceptación	1/3	8/8	5.18/6.06	1.45/1.30
Reinterpretación	0/2	8/8	4.85/5.91	2.00/1.58
Renuncia	0/0	8/7	4.65/3.26	2.03/1.86
Religión	0/1	8/8	4.59/5.32	2.65/1.89
Negación	0/0	8/7	4.09/3.50	2.05/1.85
Consumo de sustancias	0/0	8/8	2.97/2.65	2.43/2.24
Humor	0/0	6/7	2.91/3.21	1.49/1.75

medidas repetidas intrasujetos donde se resalta el valor del estadístico Eta Cuadrado Parcial (η_p^2) como indicador del tamaño de efecto, así como la significación obtenida (p). También, se hace uso de los estadísticos descriptivos a fin de comparar las diferencias entre las medias obtenidas en la medida pre y post. Finalmente, hay que destacar que el intervalo de confianza (IT) que se ha considerado en los análisis realizados ha sido al 95%.

RESULTADOS

La muestra la conforman adultos de ambos sexos, usuarios de UGC de San Luis de Sevilla, que hayan firmado consentimiento informado de forma voluntaria para acceder al estudio. Total 34 participantes, de los cuales 24 eran mujeres y 10 hombres, representando el 70.6% y el 29.4% respectivamente.

Los resultados obtenidos mediante el análisis de medidas repetidas intrasujeto plasman diferencias relevantes entre ambos momentos de medida (pre/post), es decir, se puede observar una disminución en las puntuaciones de los participantes al finalizar la intervención.

Por lo tanto, se muestran diferencias significativas ($p < .05$) para dichas variables, por lo que se cumple la hipótesis de estudio planteada al identificarse mejoras sintomatológicas en las personas que han cumplimentado las sesiones grupales (véase Tabla 1).

En cuanto a las estrategias de afrontamiento empleadas por los participantes al inicio de la intervención, se cumple, igualmente,

con la hipótesis planteada, en la medida en que los asistentes a las sesiones en grupo han desarrollado respuestas de afrontamiento más adaptativas que les posibilitan una mejor relación entre sus recursos personales y las demandas del entorno, lo cual repercute en indicadores de estrés inferiores (véase Tabla 2).

No se ha hecho distinción en función del sexo biológico o la edad de los participantes, así como tampoco se ha tenido en cuenta el nivel educativo y/o su situación laboral actual. El motivo por el que no se han contemplado las variables relativas a la edad ($M = 46.03$, $DT = 12.95$) y el sexo biológico versa en torno a una mayor participación femenina en las sesiones en grupos frente a la masculina, situándose la media de edad de la mayor parte de la muestra entre los 40 y los 50 años. Aunque han asistido personas más jóvenes y de edades superiores a los 50 años no suponen una parte significativa del total, por lo tanto, se ha descartado dicha variable ya que no aporta datos relevantes que se puedan extrapolar a población general.

DISCUSIÓN

La intervención psicoeducativa que se plantea en los objetivos del proyecto constituye uno de los elementos fundamentales sobre los que está estructurado el trabajo que se presenta. Dicha intervención psicoeducativa está vinculada a la necesidad que puedan plantear los usuarios más vulnerables, de ahí que se considere necesario en primera instancia analizar y evaluar para identificar las necesidades de los individuos, el nivel y gravedad del padecimiento emocional que puedan presentar las personas. Del mismo modo se hace pertinente,

identificar las estrategias de afrontamiento que han puesto en marcha los usuarios y que han podido funcionar como factores protectores. Si no se lleva a cabo este análisis y evaluación no es posible detectar los casos, de ahí que se le diera prioridad a esta tarea. Posteriormente se estableció una respuesta de ayuda y apoyo a los grupos determinados, mediante una Intervención Psicoeducativa.

Se observa como los pacientes con alteraciones, disfunciones, desajustes, desórdenes psicológicos como ansiedad elevada, depresión media-severa, estrés, bajos recursos de afrontamiento para las actividades de la vida diaria... y que producen un malestar clínicamente significativo, acuden al centro de salud donde se les proporciona tratamiento farmacológico de impacto (en el momento de crisis de angustia, de pánico...) y otro de continuidad (antidepresivos, ansiolíticos, relajantes musculares, tranquilizantes...). Derivación a salud mental en algunos casos. El estudio realizado pone de manifiesto la importancia de realizar terapias psicológicas y psicoeducación en los centros de atención primaria, en colaboración con los dispositivos de Psiquiatría/Psicología tanto hospitalaria como ambulatoria. Se pueden establecer puentes colaborativos con la Enfermera especialista en Salud Mental.

Podemos destacar la participación de población femenina significativamente superior respecto a la masculina, lo que no permite realizar una comparativa en función del sexo biológico al no disponer de una proporción muestral semejante. Si bien, las mujeres que han realizado la intervención psicoeducativa presentan unos niveles superiores de sintomatología ansiosa, depresiva y de estrés frente a los hombres, lo que indica que se debe prestar especial atención a esta parte de la población, pues son un grupo vulnerable al que se le debe de ofrecer los recursos necesarios que les permitan solventar las dificultades que tengan y así poder tratar los trastornos internalizantes que presenten²¹.

La investigación realizada se puede extrapolar a otros centros de salud de Sevilla y provincia, así como a nivel nacional, puesto que su metodología está explícita en los términos oportunos para su replicación.

CONCLUSIÓN

Tras el análisis de los resultados, se puede comprobar que, gran parte de los participantes, han reducido sus niveles de malestar, disminuyendo las puntuaciones obtenidas en las variables de ansiedad, depresión y estrés percibido. Además, las respuestas de afrontamiento utilizadas han variado, se ha pasado de un estilo de afrontamiento centrado en la evitación (autodistracción) a otra forma de respuesta donde la propia persona es un agente activo en su entorno y hace frente a la situación de manera adaptativa (afrontamiento activo, planificación). Frecuentemente, en circunstancias de incertidumbre y malestar general suelen prevalecer las respuestas evitativas en comparación con aquellas centradas en la solución de problemas. Estas últimas son útiles para tratar los momentos en los que las personas sienten angustia, como puede ser el caso de la COVID-19, dado que el hecho de afrontar el problema permite reducir los efectos negativos de la vivencia sobre el individuo²².

El propósito de esta investigación ha sido ofrecer una intervención psicoeducativa de carácter público, que se presenta como una gran oportunidad para la prevención y el tratamiento

del malestar psicológico tras la pandemia de COVID-19, así como atender a aquellos pacientes que presenten alteraciones o exacerbaciones del espectro emocional-cognitivo-conductual por otras circunstancias de la vida diaria.

Se ha corroborado que las terapias grupales arrojan eficacia dentro del contexto clínico.

La implementación de asistencia psicológica continuada en este tipo de centros de salud pública supondría una mayor calidad asistencial sobre los pacientes. La aplicación de esta propuesta psicoeducativa supone una revolución sanitaria en el paradigma de la salud mental. La orientación Psicológica y la atención Psicoeducativa son potentes instrumentos ómicos, para atender al gran número de afectados por la crisis de la Covid-19 o por otras circunstancias de la vida diaria.

Se evidencia una mayor participación de población femenina y de personas de edad media, lo cual incide en la necesidad de ampliar el marco de actuación sobre hombres que sufren situaciones de vulnerabilidad, al igual que jóvenes y adultos mayores que se encuentren atravesando problemas de salud mental.

Sería de gran interés como futura línea de investigación incorporar evaluaciones y sesiones de seguimiento más allá del mes de la intervención propuesta, para evitar recaídas. Asimismo, se podrá sistematizar y generalizar los resultados al llevar a cabo la misma metodología en distintos centros²³.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses, ni haber recibido ningún tipo de financiación pública o privada. Igualmente declaran no haber presentado este trabajo en ningún evento científico.

CONSIDERACIONES APARTE PARA EL TRIBUNAL DE LA REVISTA HYGIA

Para llevar a cabo este estudio fue necesaria la aprobación del Comité de ética de los hospitales universitarios Virgen Macarena-Virgen del Rocío, con dictamen favorable y único en la Comunidad autónoma de Andalucía, con el objetivo de favorecer la valoración ética y seguimiento del estudio de investigación.

Como se ha especificado a lo largo del estudio, se requirió de la aceptación y firma del consentimiento informado por parte de los participantes. Se respetó la libertad para participar en el estudio, haciendo alusión a la intimidad, protección de datos y confidencialidad (Ley orgánica de Protección de datos 3/2018). Igualmente se proporcionó información verbal sobre el estudio con el fin de que las personas implicadas decidiesen de forma voluntaria participar en el mismo y su derecho a abandonarlo sin tener repercusiones.

BIBLIOGRAFÍA

1. García, B., Briongos, E., Leal, J., Lamata, F., González, N. A. y Campos, T. (2023). La situación de la Salud Mental en España. Confederación de Salud Mental España y Fundación Mutua Madrileña.
2. Ramírez-Ortiz, J., Castro-Quintero, D., Lerma-Córdoba, C., Yela-Ceballos, F. y Escobar-Córdoba, F. (2020). Consequences of the covid-19 pandemic in mental health associated with social isolation. *SciELO Preprints*
3. García-Arroyo, J. (2022). Salud mental y Covid-19: una meta-revisión de investigaciones y evidencias. *INVESTIGATIO*, (17), 4-18.
4. Berdullas Saunders, S., Gesteira Santos, C., Morán Rodríguez, N., Fernández Hermida, J. R., Santolaya, F., Sanz Fernández, J., y García-Vera, M. P. (2020). El teléfono de asistencia psicológica por la COVID-19 del Ministerio de Sanidad y del Consejo General de la Psicología de España: características y demanda. *Rev. esp. salud pública*, 0-0.
5. Thakur, V. y Jain, A. (2020). COVID 2019-suicides: A global psychological pandemic. *Brain, behavior, and immunity*, 88, 952-953
6. Valdés-Flrido, M. J., López-Díaz, Á., Palermo-Zeballos, F. J., Martínez-Molina, I., Martín-Gil, V. E., Crespo-Facorro, B. y Ruiz-Veguilla, M. (2020). Reactive psychoses in the context of the COVID-19 pandemic: clinical perspectives from a case series. *Revista de psiquiatría y salud mental*, 13(2), 90-94.
7. García-Iglesias, J. J., Allande-Cussó, R., Camacho-Vega, J. C., Yildirim, M., Gómez-Salgado, C., Fagundo-Rivera, J. y Gómez-Salgado, J. (2023). Fuentes utilizadas para obtener información sobre la COVID-19 y su impacto en la salud mental. *Revista Española de Salud Pública*, 97, 1-9.
8. Vargas-Delgado, J. J. y Yébenes-Cortés, M. P. (2023). Salud mental y cobertura mediática del COVID-19: una investigación de los efectos del manejo de la televisión y la interrelación eficiente de la ansiedad a través de la técnica dual: Sufrimiento vs dolor, para la mejora del estrés generado por la pandemia. *Vivat Academia*, 156, 288-305.
9. León, C. N. y Olivera, E. S. (2022). Revisión sistemática sobre la salud mental en el contexto COVID-19. *Revista de Investigaciones de la Universidad Le Cordon Bleu*, 9(1), 61-78.
10. Buitrago, F., Ciurana, R., Fernández, M. D. C. y Tizón, J. L. (2021). Pandemia de la COVID-19 y salud mental: reflexiones iniciales desde la atención primaria de salud española. *Atención primaria*, 53(1), 89-101.
11. Mejía-Zambrano, H. y Ramos-Calsín, L. (2022). Prevalencia de los principales trastornos mentales durante la pandemia por COVID-19. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 85(1), 72-82.
12. Fountoulakis, K. N., Apostolidou, M. K., Atsiova, M. B., Filippidou, A. K., Florou, A. K., Gousiou, D. S., Katsara, A. R., Mantzari, S. N., Padouva-Markoulaki, M., Papatrifiantafyllou, E. I., Sacharidi, P. I., Tonia, A. I., Tsagalidou, E. G., Zymara, V. P., Prezerakos, P. E., Koupidis, S. A., Fountoulakis, N. K. y Chrousos, G. P. (2021). Self-reported changes in anxiety, depression and suicidality during the COVID-19 lockdown in Greece. *Journal of affective disorders*, 279, 624-629.
13. Palomera-Chávez, A., Herrero, M., Carrasco, N. E., Juárez-Rodríguez, P., Barrales, C. R., Hernández-Rivas, M. I., Llanta, M. D. C., Lorenzana, L., Meda-Rivas, R. M. y Moreno-Jiménez, B. (2021). Impacto psicológico de la pandemia COVID-19 en cinco países de Latinoamérica. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 53, 83-93.
14. Moya-Lacasa, C., Álvarez-Vázquez, C. M., González-Blanco, L., Valtueña-García, M., Martín-Gil, E., Seijo-Zazo, E., De la Fuente, L., García-Álvarez, L., Saiz, P., García-Portilla, M. P. y Bobes, J. (2021). Impacto de la pandemia COVID-19 sobre la salud mental en las diferentes comunidades autónomas españolas. *Actas españolas de psiquiatría*, 49(2), 64-70.
15. García-Iglesias, J. J., Gómez-Salgado, J., Martín-Pereira, J., Fagundo-Rivera, J., Ayuso-Murillo, D., Martínez-Riera, J. R. y Ruiz-Frutos, C. (2020). Impacto del SARS-CoV-2 (Covid-19) en la salud mental de los profesionales sanitarios: una revisión sistemática. *Revista Española de Salud Pública*, 94.
16. Hernández-Lira, S., Reyes-Gómez, U., Reyes-Hernández, K. L., Perea-Martínez, A., Reyes-Hernández, M. U., López-Cruz, G., Quero-Hernández, A., Ríos-Gallardo, P. T., Santiago-Lagunes, L. M., Yalaupari-Mejía, J. P., Arellano-Gallindo, J., Chuck-Sepúlveda, J. A. y Cuevas-López, L. L. (2023). Impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental del personal de salud. *Salud Jalisco*, 10(2), 91-97.
17. McGraw-Hill (1987). *Modelos de Enfermería*. Madrid: Ed. Interamericana.
18. Greene, H. y Simons-Morton, B. G. (1988). *Educación para la salud*. Madrid: Ed. Interamericana.
19. Ellis, A. (1962). *Razón y Emoción en Psicoterapia*. Secaucus, NJ, Cita del.
20. Ellis, A. (1996). *Una terapia breve más profunda y duradera*. Barcelona: Paidós Ibérica, S.A.
21. Urdiales-Claros, R., & Sánchez-Álvarez, N. (2021). Sintomatología depresiva e ideación suicida como consecuencia de la pandemia de COVID-19. *Escritos de Psicología*, 14(2), 134-144. <https://doi.org/10.24310/espiescpsi.v14i2.12901>
22. Soriano-Sánchez, J. G., Parras-Blanca, E. M. y Jiménez-Vázquez, D. (2023). Factores psicológicos asociados a la adaptación al cambio ante situaciones angustiosas: una revisión sistemática. *Revista Estudios Psicológicos*, 3(3), 7-20.
23. Godoy, D., Eberhard, A., Abarga, F., Acuña, B. y Muñoz, R. (2020). Psicoeducación en salud mental: una herramienta para pacientes y familiares. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 169-173.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Plaza Quesada DM, Torrero Gómez P, Benítez Hernández MM, Gómez Rodríguez C, Valdés Díaz M. Consecuencias psicológicas por Covid-19 en Atención Primaria: evaluar la efectividad de una Intervención Psicoeducativa. *Hygia de Enfermería*. 2024; 41(1): 11-20

ANEXO I. CUESTIONARIO

Servicio Andaluz de Salud
CONSEJERÍA DE SALUD

Desde el **Centro de Salud de "San Luis"** en colaboración con la **Universidad de Sevilla** se está llevando a cabo un estudio sobre el Impacto psicológico del COVID-19. Se pretende estudiar el nivel de estrés que está produciendo la situación de crisis sanitaria y cómo afrontan las personas las consecuencias.

Su participación es voluntaria y sus datos serán tratados con absoluta confidencialidad (Ley Orgánica de Protección de datos 3/2018)

En cualquier momento puede dejar de contestar.

LE AGRADECEMOS SU COLABORACIÓN

He entendido que mi participación es voluntaria y los datos serán confidenciales *

- Si
- No

FECHA:

NOMBRE y APELLIDOS: _____

DNI: _____

Correo electrónico: _____

Número de Teléfono Fijo o Móvil: _____

Marque todas las afirmaciones que le representen tanto en la actualidad como en días pasados *

- Soy personal sanitario en contactos con personas con COVID-19
- Tengo algún conocido o amigo con la enfermedad de COVID-19
- Tengo algún familiar con la enfermedad de COVID-19
- Soy un caso confirmado de COVID-19
- No estoy en ninguna situación anterior
- Otro

Edad

| _____

Sexo

- Varón
- Mujer

Nivel educativo

- Estudios primarios
- Estudios medios (secundaria/bachiller/FPmedio)
- Estudios superiores (FP superior/graduado/licenciado/ master/doctorado)
- Otros

Situación laboral

- Estudiante
- Trabajando
- Jubilado
- En paro
- Alta probabilidad de ERTE
- Otro

En qué medida tiene miedo a contagiarse de COVID-19 *

Ningún miedo 1 2 3 4 5 Mucho miedo

Con cuántas personas convive sin contar Usted *

- Ninguna
- 1
- 2
- 3
- 4
- Más de 4

ANEXO II. IMPRESO PARA LA AUTOAYUDA CON LA TREC

IMPRESO PARA LA AUTOAYUDA CON LA TREC	
A (ACONTECIMIENTOS O ADVERSIDADES ACTIVADORES)	C (CONSECUENCIAS)
<div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>
<ul style="list-style-type: none"> • Resume brevemente la situación por la cual se siente perturbado (¿qué es lo que vería una cámara?) • Un A puede ser interno o externo. real o imaginario • Un A puede ser un acontecimiento pasado, presente o futuro 	<p>Principales emociones negativas indeseables</p> <p>Principales conductas autodestructivas</p> <p>Las emociones negativas indeseables comprenden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ansiedad - depresión - baja tolerancia a la frustración - vejación - vergüenza/turbación - celos - culpabilidad
<p>CI (CREENCIAS IRRACIONALES</p>	<p>E (EMOCIONES Y CONDUCTAS EFECTIVAS)</p>
<p>Cu (CUESTIONAR LAS CI)</p>	<p>E (NUEVAS FILOSOFÍAS EFECTIVAS)</p>
<div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>	<div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>
<p>Para IDENTIFICAR las CI, busque:</p> <ul style="list-style-type: none"> - LAS EXIGENCIAS DOGMATICAS (los yo debo/debe. los absolutos - LAS TENDENCIAS A HORRIBILIZAR (es horrible, espantoso, horripilante) - LA BAJA TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN (no lo puedo soportar) - LA EVALUACIÓN PERSONAL Y DE LOS DEMÁS (yo soy/el-ella es malo, inútil) 	<p>Nuevas emociones negativas deseables:</p> <p>Nuevas conductas constructivas:</p> <p>Las emociones negativas deseables comprenden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - decepción - preocupación - enojo - tristeza - remordimiento - frustración
<p>Para CUESTIONAR pregúntese:</p> <ul style="list-style-type: none"> - ¿Adónde me conduce el sostener esta creencia? ¿Es útil o autodestructiva? - ¿Dónde está la prueba que demuestre la existencia de mi creencia irracional? - ¿Es coherente con la realidad social? - ¿Es lógica mi creencia? ¿Es una continuación de mis preferencias? - ¿Es realmente horrible (todo lo malo que podría ser?) - ¿Realmente no lo puedo soportar? 	<p>Para PENSAR de manera más racional, intente:</p> <ul style="list-style-type: none"> - LAS PREFERENCIAS NO-DOGMATI-CAS (deseos, necesidades, anhelos) - EVALUAR LO MALO (es malo, desafortunado) - ELEVADA TOLERANCIA A LA FRUSTRACIÓN (no me gusta pero puedo soportarlo) - NO EVALUARSE A UNO MISMO NI A LOS DEMÁS DE FORMA GLOBAL (yo, y los demás, somos seres humanos fallibles)

ANEXO III. INSTRUMENTOS Y FUENTE DE DATOS

Para dar respuesta al objetivo e hipótesis del trabajo se ha administrado una batería de instrumentos que se detalla a continuación y se adjuntan a este proyecto:

- **Cuestionario genérico ad hoc sobre variables relacionadas con la COVID-19** elaborada por el equipo de trabajo que forma parte de este proyecto, dónde se recogen datos sociodemográficos, variables relacionadas con el nivel de contacto con el virus, ocupación, personas convivientes, etc. (ANEXO I).
- **STAI. Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo** (Spieberger Gorsuch y Lushene, 1970). Adaptación de Buéla-Casal, Guillén-Riquelme y Seisdedos (2011). Consta de 40 ítems que diferencian entre una escala que mide la Ansiedad-Estado entendida como un estado o condición emocional transitoria del organismo, que se caracteriza por sentimientos subjetivos, conscientemente percibidos, de tensión y aprensión, así como una hiperactividad del sistema nervioso autónomo. Por su parte, la escala de Ansiedad-Rasgo (STAI-R) señala una propensión ansiosa estable por la que difieren los sujetos en su tendencia a percibir las situaciones como amenazantes. Para este trabajo se empleará los ítems que conforman la Ansiedad-Estado (STAI-E). Los datos psicométricos de este instrumento son adecuados en la adaptación al castellano: índices alfa de Cronbach entre 0,83 y 0,92 en A/E y 0,82 y 0,91 en A/R, dos mitades 0,94 en A/E y 0,89 en A/R. Centiles de 0-100, la media es 50: 51-60 normal alto, 61-70 elevado, >70 muy elevado.
- **SDS. Cuestionario de Depresión** (Zung, 1965). Adaptación: Conde, (1974). Consta de 20 ítems donde se solicita a la persona que indique la frecuencia con la que experimenta el síntoma o sentimiento descrito, siendo evaluado cada ítem en una escala de 4 puntos. La puntuación total de la escala posibilita diferencias en rangos cuantitativos de depresión: depresión ausente = 20-35; depresión subclínica = 36-51; depresión media-severa = 52-67; y depresión grave = 68-80. Además, los criterios clínicos diagnósticos utilizados pueden agruparse en torno a tres componentes: factor depresivo, factor biológico, factor psicológico y componente psicosocial de la depresión. Los datos de fiabilidad y validez son adecuados.
- **PSS. Escala de Estrés Percibido** (Cohen, Kamarak y Mermelstein (1983). Adaptación: Remor (2006). Consta de 14 ítems con respuestas en formato tipo Likert (0 a 4) que tienen que ver con Impredecibilidad, Pérdida de control, Sobrecarga excesiva y Circunstancias vitales estresantes. Evalúa el grado en que una persona percibe sus experiencias como estresantes. Periodo de recuerdo habitualmente utilizado: 1 mes. No se ha establecido punto de corte, sino que se interpreta a mayor puntuación mayor nivel de estrés percibido.
- **Cuestionario Brief-Cope** (Carver, 1997) versión situacional abreviada. El afrontamiento es evaluado en relación a las estrategias que los participantes usan para responder a una situación en una escala Likert de cuatro puntos que va desde 0 hasta 4; siendo 0: No; 1: Poco; 3: A veces y 4: Mucho. Consta de 28 ítems que se agrupan por pares en 14 estrategias, reunidas en tres escalas:
 1. Afrontamiento enfocado en el problema: afrontamiento activo, búsqueda de apoyo instrumental, reinterpretación positiva, planificación, aceptación, renuncia y humor
 2. Afrontamiento enfocado a la emoción: apoyo y descarga emocional.
 3. Afrontamiento evitativo: auto distracción, religión, negación, consumo de sustancias.Estudios en población española han obtenido un coeficiente alfa Cronbach de 0.72.

ANEXO IV. CRONOGRAMA: DISTRIBUCIÓN TEMPORAL DE LAS INTERVENCIONES

	LUNES	MIÉRCOLES
1ª SEMANA	1ª sesión: Individual Entrevista en consulta del centro de salud, 40-45 min. Cuestionarios (pre).	2ª sesión: 1ª de psicoeducación 2 h en sala maternal/sala de juntas del centro de salud: Presentación, objetivos, metodología, conocimientos sobre las 4 variables del estudio. Técnica de relajación y exposición en grupo.
2ª SEMANA	3ª sesión: 1ª de terapia cognitiva-conductual Método de Albert Ellis, 2 h.	4ª sesión: 2ª de psicoeducación 2 h en sala maternal/sala de juntas del centro de salud: Conocimientos sobre emociones, ansiedad, temperamento, conducta, pensamientos distorsionados y automáticos. Técnica de relajación y exposición en grupo.
3ª SEMANA	5ª sesión: 2ª de terapia cognitiva-conductual Método de Albert Ellis, 2 h.	6ª sesión: 3ª de psicoeducación 2 h en sala maternal/sala de juntas del centro de salud: Conocimientos sobre depresión, autoconcepto, autoestima, asertividad. Técnica de relajación y exposición en grupo.
4ª SEMANA	7ª sesión: 3ª de terapia cognitiva-conductual Método de Albert Ellis, 2 h.	8ª sesión: 4ª de psicoeducación 2 h en sala maternal/sala de juntas del centro de salud: Conocimientos sobre estrés, habilidades sociales, solución de problemas, resolución de conflictos. Técnica de relajación y exposición en grupo.
5ª SEMANA	9ª sesión: 4ª de terapia cognitiva-conductual Método de Albert Ellis, 2 h.	10ª sesión: 5ª de psicoeducación 2 h en sala maternal/sala de juntas del centro de salud: Conocimientos sobre estrategias de afrontamiento, estilos de comunicación. Cierre y feed-back. Técnica de relajación y exposición en grupo. Cuestionarios (post).

Nota: Se han formado 6 grupos de pacientes durante los 2 años de estudio.

Cribado y diagnóstico de la anquiloglosia en recién nacidos

Screening and diagnosis of ankyloglossia in newborns

Claudia Ernst Soler^A, Cristina Reguera Carrasco^B y Natalia Padilla Hernández^C

^A Enfermera especialista en obstetricia y ginecología. Hospital Clinic (Barcelona).

^B Contratada Predoctoral FPU. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología (Universidad de Sevilla).

^C Enfermera especialista en obstetricia y ginecología. Hospital Universitario Germans Trias i Pujol (Badalona).

RESUMEN

Introducción: La anquiloglosia es un trastorno congénito relativamente común del frenillo lingual que restringe la capacidad de la lengua para moverse hacia delante y levantar la punta. Su prevalencia varía, llegando a ser de hasta el 12 %. Aunque se tiende al infradiagnóstico de dicha condición.

Objetivos: Evaluar los principales elementos para diagnosticar la anquiloglosia en recién nacidos.

Metodología: Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos: Pubmed, Cinahl, Dialnet y Embase, usando diferentes estrategias de búsqueda. Los criterios de inclusión han sido: artículos publicados en los últimos 5 años; en inglés o español; relacionados con los objetivos del estudio.

Resultados: De los 156 artículos obtenidos en la búsqueda primaria, 6 fueron excluidos por estar repetidos en distintas bases de datos y 128 por título y resumen, siendo finalmente seleccionado 11 artículos al cumplir los criterios de inclusión. La mayoría de los artículos son revisiones sistemáticas, siendo Australia el país donde más estudios se realizaron y el inglés el idioma predominante.

Conclusiones: Existe controversia en el diagnóstico clínico del frenillo sublingual corto, puesto que hay muchas pruebas diagnósticas que carecen de una validación sólida, lo que dificulta su detección y estudio.

PALABRAS CLAVE

anquiloglosia, frenotomía, lactancia materna, recién nacido, diagnóstico

ABSTRACT

Introduction: Ankyloglossia is a relatively common congenital disorder of the lingual frenulum that restricts the ability of the tongue to move forward and lift the tip. Its prevalence varies, reaching up to 12%. Although there is a tendency to underdiagnose this condition.

Aim: Evaluate the main elements to diagnose ankyloglossia in newborns.

Methodology: A bibliographic search was carried out in the databases: Pubmed, Cinahl, Dialnet and Embase, using different search strategies. The inclusion criteria have been: articles published in the last 5 years; in English or Spanish; related to the objectives of the study.

Results: Of the 156 articles obtained in the primary search, 6 were excluded because they were repeated in different databases and 128 because of title and abstract, 11 articles were finally selected as they met the inclusion criteria. Most articles are systematically reviewed, with Australia being the country where the most studies were carried out and English being the predominant language.

Conclusions: There is controversy in the clinical diagnosis of short sublingual frenulum, since there are many diagnostic tests that lack solid validation, which makes their detection and study difficult.

KEYWORDS

ankyloglossia, frenotomy, breastfeeding, newborn, diagnosis

INTRODUCCIÓN

Los beneficios de la lactancia materna son indiscutibles, tanto para la salud infantil como para la materna¹. Durante el proceso de obtención de leche materna, intervienen complejos mecanismos de succión y deglución que son fundamentales para el desarrollo de la motricidad oral del bebé en sus primeros meses de vida. La correcta extracción de leche del

pecho materno requiere una coordinación precisa entre varios elementos, como la lengua, los labios, la mandíbula, el maxilar, el paladar duro, el paladar blando, los rebordes alveolares y el suelo de la boca².

El frenillo lingual es un vestigio de tejido que se forma durante el desarrollo fetal. Este tejido conecta la parte inferior de la lengua con el suelo de la boca y, con el tiempo, se reabsorbe en gran medida. Este proceso da lugar a la presencia de un pliegue vertical de tejido mucoso entre la parte frontal de la lengua y el suelo de la cavidad oral. Su función principal es asegurar la coordinación entre los labios y la lengua con los huesos del rostro durante el crecimiento fetal³.

FECHA DE RECEPCIÓN: 15/1/2024

FECHA DE ACEPTACIÓN: 29/1/2024

Correspondencia: Claudia Ernst Soler

Correo electrónico: claudiaes.96@gmail.com

Cuando el frenillo lingual es más corto de lo normal y restringe la capacidad de moverse hacia adelante y levantar la punta de la lengua, se le conoce como anquiloglosia. Esta es una condición de origen congénito que se caracteriza por la inserción corta del frenillo lingual, lo que puede limitar la movilidad de la lengua en diversos grados, dependiendo de factores como su elasticidad, longitud y punto de inserción³. Según la ubicación de la inserción, la anquiloglosia puede clasificarse como anterior o posterior⁴.

Dentro de los síntomas más frecuentes están el dolor materno durante la lactancia, el agarre ineficaz y las lesiones en el pezón⁴. En ocasiones, un asesoramiento efectivo sobre la lactancia, enfocado en mejorar el agarre y las posiciones, puede aliviar algunos síntomas. Sin embargo, es importante destacar que muchos bebés con anquiloglosia requerirán una frenotomía para liberar los movimientos de la lengua⁵.

En la mayoría de los casos, el diagnóstico y tratamiento de la anquiloglosia no son complicados, pero es esencial contar con personal sanitario debidamente formado y capacitado. Después de una evaluación integral temprana, estos profesionales pueden determinar la intervención más adecuada⁶.

En el ámbito del diagnóstico de la anquiloglosia, existen cuatro métodos reconocidos: el test de Hazelbaker, el test de Ingram, el test de Martinelli y el test de Kotlow. Entre ellos, el más antiguo y ampliamente utilizado en la literatura es el test de Hazelbaker, desarrollado en 1992. Consta de cinco ítems relacionados con el aspecto de la lengua y siete ítems relacionados con su función, cada uno de los cuales se califica de 2 a 0. Una puntuación total de ≤ 8 para el aspecto o ≤ 11 para la función son predictores de frenotomía. El test de Martinelli tiene en cuenta antecedentes familiares de anquiloglosia, ya que esta condición se asocia con la herencia genética vinculada al cromosoma X⁷.

Su prevalencia varía, según las publicaciones, desde el 0,1 % hasta el 12 % y es más frecuente en niños. Sin embargo, el infradiagnóstico de anquiloglosia o de los trastornos acompañantes está condicionado por el desconocimiento de algunas consecuencias de esta patología: malposición dentaria, alteraciones de la columna vertebral, trastornos en el habla, problemas respiratorios y apneas, entre otros, y por la ausencia de estudios homogéneos del diagnóstico de la patología^{3,4,8}.

Por lo que finalmente, se propuso como objetivo de esta revisión bibliográfica evaluar los principales elementos para diagnosticar la anquiloglosia en recién nacidos.

METODOLOGÍA

Se realiza una revisión de la literatura en las principales bases de datos en Ciencias de la Salud: Pubmed, Cinahl, Dialnet y Embase entre los meses de noviembre y diciembre de 2023.

Para la búsqueda en español se utilizaron los Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCs): Anquiloglosia, Recién Nacido y Diagnóstico y los tesauros propios de PubMed (MeSH): "Ankyloglossia", "Infant", "Diagnosis", De estas surgieron estrategias de búsqueda, empleando los operadores booleanos "AND" y "OR", y el operador de truncamiento (*): "anquiloglosia AND recién nacido AND diagnóstico" y (Ankyloglossia OR tongue*) AND (Infant OR newborn) AND (instrument* OR scale OR questionnaire) AND (diagnos* OR assessment OR screening) .

Los criterios de inclusión fueron: artículos de revisión o investigación, publicados en inglés o español en los últimos 5 años, que traten sobre el diagnóstico de anquiloglosia en recién nacidos. Contrariamente, los criterios de exclusión fueron: artículos duplicados o cuyo acceso al texto completo no fue posible.

Tras la búsqueda inicial, los estudios existentes fueron analizados de forma individual para valorar su elección. En una primera fase, fueron seleccionados aquellos artículos cuyo título estuviera relacionado con el tema. A continuación, se leyeron los resúmenes de dichos artículos, seleccionando aquellos que incluyeran los criterios de inclusión del estudio, para posteriormente ser leídos a texto completo. Finalmente, en una segunda fase fueron seleccionados aquellos estudios que, tras su lectura completa y exhaustiva, fueron considerados relevantes para el estudio.

RESULTADOS

Tras la realización de las diferentes estrategias de búsqueda en las bases de datos mencionadas se obtuvieron un total de 156 artículos de los cuales, 11 fueron seleccionados tras aplicarse los criterios de inclusión y exclusión y determinar que se adecuaban a la temática de estudio. La selección de los diferentes artículos se puede observar en la figura 1.

En cuanto a las características de los estudios, atendiendo al tipo de diseño, las revisiones sistemáticas fueron el grupo más numeroso con un 44 %. Por otro lado, el país donde se realizaron más estudios fue Australia. En cuanto al idioma, todos los artículos están escritos en inglés, estando la mayoría publicados en el año 2022.

Debido a la heterogeneidad en los resultados de los estudios seleccionados, se establecen dos categorías para describir los principales resultados atendiendo a los objetivos de este estudio. Las categorías planteadas son: A) Herramientas diagnósticas de anquiloglosia en recién nacidos y B) Nivel de conocimientos y actuaciones necesarias para el diagnóstico de la anquiloglosia en recién nacidos por parte de los profesionales sanitarios, y en especial la matrona.

A continuación, en la tabla 1 se presenta la síntesis de los resultados obtenidos en los estudios seleccionados agrupados por categorías y donde se muestra el autor, año, tipo de estudio y resultados principales.

En este trabajo se ha realizado una recopilación de la información existente sobre los métodos diagnósticos de anquiloglosia en recién nacidos. Con el fin de agrupar las distintas investigaciones, se han determinado 2 categorías que responden a los objetivos planteados.

A. Herramientas diagnósticas de anquiloglosia en recién nacidos

Ciertos estudios plantean que los problemas relacionados con la anquiloglosia suelen aparecer al inicio de la LM por lo que se recomienda supervisar en el postparto esta posible alteración y realizar un diagnóstico temprano (0-30 días de vida)¹⁴. Esta situación se respalda en otros estudios, en los que se ha documentado que entre el 25% - 80% de los recién nacidos con anquiloglosia tienen alguna complicación durante la lactancia materna¹².

Tabla 1. Síntesis de los resultados obtenidos en los estudios seleccionados.

1 ^{ER} AUTOR AÑO	TEMÁTICA	PAÍS	TIPO DE ESTUDIO	RESULTADOS MÁS DESTACADOS
Hatami (2022) ⁹	A	Australia	Revisión sistemática	La literatura no define la gravedad del frenillo en la evaluación previa al tratamiento. No existe acuerdo sobre el método de evaluación estandarizado.
Ingram (2019) ¹⁰	A y B	Inglaterra	Estudio de validación	La herramienta de evaluación Tongue-tie and Breastfed Babies (TABBY) fue desarrollada a partir de BTAT, consta de 12 imágenes que muestran la apariencia de la lengua, su unión a la encía y limitación en la movilidad. Con una puntuación de 8 (función normal) a 0.
Hill (2021) ¹¹	A	EE.UU	Revisión sistemática	La prevalencia de frenillo es de 8% en niños menores de un año. Apareciendo más en el sexo masculino. Las propiedades psicométricas de las herramientas diagnósticas no son adecuadas o no han sido evaluadas.
García (2022) ¹²	B	Uruguay	Estudio observacional (caso clínico)	Es necesario un diagnóstico temprano de la anquiloglosia y tratamiento eficaz para el mantenimiento de la lactancia materna.
Muñoz (2022) ¹³	B	España	Estudio observacional (caso clínico)	El seguimiento de la matrona y la realización de frenectomía supone una mejora en la comodidad y satisfacción con la lactancia materna, mayor conocimiento de los recursos disponibles y ganancia de peso.
Llanos (2021) ¹⁴	A	Colombia	Revisión sistemática	Uno de los métodos más utilizados es la "Assessment Tool for Lingual Frenulum Function" (ATLFF) y la "Bristol Tongue Assessment Tool" (BTAT) propuesta por Hazelb e Ingram respectivamente.
Cruz (2022) ¹⁵	A		Revisión sistemática y metanálisis	Para diagnosticar la anquiloglosia se utilizaron test inespecíficos y herramientas validadas. La prevalencia de anquiloglosia fue menor cuando se utilizaron una herramienta inespecífica (3%; IC del 95%, 2,0% a 4,0%) que cuando se utilizaron otros tipos de herramientas. La prevalencia fue mayor cuando se utilizó la clasificación de Coryllos (20%; IC del 95%, 9,0% a 35,0%), seguido de HATLFF combinado con la clasificación de Coryllos (18%; IC 95%, 6,0% a 34,0%). La prevalencia fue del 9% según la clasificación de Kotlow (IC del 95%, 5,0% a 14,0%). La prevalencia de anquiloglosia fue aproximadamente del 11 % al 9 % para BTAT y la prueba de detección de la lengua neonatal, respectivamente, utilizada por separado. La prevalencia fue inferior al 6% utilizando otras herramientas.
Messner (2020) ¹⁶	B		Cualitativo	Tras 3 encuestas iterativas con el método Delphi de un total de 89 declaraciones, 41 cumplían los criterios predefinidos para el consenso. El panel alcanzó un claro consenso en describir la anquiloglosia como una "condición de movilidad lingual limitada por un frenillo lingual restrictivo". Debido a la ausencia de criterios diagnósticos estandarizados, en algunas comunidades se está sobrediagnosticando la anquiloglosia en bebés y niños y consecuentemente se está operando innecesariamente en muchos casos.
Unger (2019) ¹⁷	B		Cualitativo	Los participantes estaban familiarizados con una variedad de protocolos y herramientas de evaluación, pero no los utilizaron de manera consistente. No recibieron capacitación formal sobre el manejo del frenillo a través de sus programas de grado. En lugar de eso, persiguieron el auto estudio guiado.
Becker (2023) ¹⁸	A		Narrativo	Independientemente de la herramienta de evaluación utilizada, es fundamental demostrar la restricción del movimiento de la lengua y comprobar que el frenillo lingual causa exclusivamente esta limitación.
Akbari (2023) ¹⁹	A y B	Australia	Cualitativo	Las herramientas más utilizadas fueron observación (72,2%), una herramienta de detección informal (44,3%) y la ATLFF (41,4%). Se necesitan directrices clínicas para todos los profesionales de la salud para garantizar un diagnóstico estandarizado.

Existen ciertos indicios y señales que podrían sugerir la presencia de un frenillo lingual corto, entre los que destacan las dificultades para agarrarse al pecho, dolor y/o grietas en el pezón, tomas prolongadas o muy frecuentes, la lengua que no se extiende más allá del labio, estancamiento en el peso del bebé, episodios repetidos de mastitis, paladar en forma de cúpula, asimetría facial, y un desarrollo excesivo de las mejillas. Según algunos estudios se plantea que la presencia de una o más de estas manifestaciones indica la necesidad de realizar una evaluación detallada de la boca del bebé, de la mama y de la técnica de lactancia^{9,11}.

Existen diversos estudios que exponen la existencia de distintas herramientas para determinar el frenillo lingual corto y su severidad sin hallar un acuerdo sobre un método de evaluación estandarizado^{9,14,15,19}.

Según la clasificación de Coryllos, el frenillo lingual se puede dividir en cuatro tipos según la fijación del frenillo a la cara ventral de la lengua y a la base de la boca. Sin embargo, esta clasificación no evalúa la función lingual¹¹. Otro método utilizado es la herramienta de evaluación de Hazelbaker la cual está compuesta por dos apartados, el primero que valora cinco ítems anatómicos y el segundo siete funcionales. Aunque no se encuentra validada de manera controlada (Assessment Tool for Lingual Frenulum Function (ATLFF))¹⁵.

A pesar de que se trate de una de las metodologías más utilizadas y tener una calificación entre evaluadores de moderada a excelente¹¹, tiene poca utilidad para identificar la severidad de la anquiloglosia, puesto que este sistema no evalúa el frenillo lingual posterior¹⁴.

Por otro lado, se encuentra la Bristol Tongue Assessment Tool (BTAT) la cual se trata de una herramienta sencilla que evalúa la restricción lingual producida por la anquiloglosia. Consta de cuatro ítems que valoran tanto la apariencia como la funcionalidad.

Esta herramienta ha cumplido parcialmente las normas internacionales del proceso de validación y distintos estudios han mostrado una fuerte correlación entre los resultados de esta herramienta de evaluación y la ATLFF¹⁴.

El Test de la lengüita de Martinelli es otra herramienta que evalúa las variaciones anatómicas y funciones de succión y deglución, además de ser el único método que considera la historia clínica como un ítem más. Se pueden obtener datos que confirmen la herencia de esta alteración¹⁸. Esta herramienta se aplica a todos los recién nacidos de Brasil de forma obligatoria por la Ley N° 13.002, 20 de junio de 2014¹⁴.

Otra herramienta descrita en distintos estudios es La Tongue-tie and Breastfed Babies, conocida como TABBY, la cual se desarrolla a partir de la BTAT. En ella se muestran 12 imágenes correspondientes a las cuatro descripciones recogidas en la BTAT: ¿Qué forma tiene la punta de la lengua?, ¿Dónde se fija a la encía?, ¿Cuánto se levanta (con la boca abierta)? y ¿Cuánto sale de la boca?. Esta evalúa la apariencia y función lingual. Aunque no mide el impacto negativo en la LM. Por ello, cuando se utiliza, es recomendable que se combine con otras herramientas de evaluación¹⁰.

En el estudio realizado por Llanos et al. para conocer el método más eficaz de evaluación del frenillo lingual en neonatos se llegó

a la conclusión de que la herramienta con mayor aplicabilidad fue la de ATLFF. Aunque el método más eficaz para evaluar el frenillo lingual, ya que maneja todos los componentes para ofrecer un diagnóstico (historia clínica, anatomía, funcionalidad y lactancia materna) es el test de la lengüita¹⁴.

Sin importar la herramienta de evaluación empleada, es crucial evidenciar la limitación en el movimiento de la lengua y verificar que el frenillo lingual sea la única causa de esta restricción¹⁸.

Así varios estudios en los que se investigó las prácticas de los profesionales sanitarios en el diagnóstico y gestión de la anquiloglosia se llegó a la conclusión de que las herramientas diagnósticas más comunes son el examen visual, una herramienta informal de detección y la ATLFF^{11,19}.

Por otro lado, la baja prevalencia reportada puede atribuirse al subregistro de esta condición, la falta de consenso en los criterios diagnósticos y la ausencia de protocolos claros para su tratamiento. El estudio del frenillo en lactantes ha enfrentado limitaciones debido a la falta de una definición universalmente aceptada, así como a la escasez de información válida y medidas de evaluación confiables, junto con la ausencia de enfoques integrales para evaluar tanto la alimentación infantil como los síntomas maternos¹⁹.

B. Nivel de conocimientos y actuaciones necesarias para el diagnóstico de la anquiloglosia en recién nacidos por parte de los profesionales sanitarios, y en especial la matrona

La matrona es el profesional de referencia en la madre y el recién nacido hasta el mes de vida, y forma parte de sus competencias el asesoramiento en lactancia materna y la resolución de las posibles dificultades. Como se ha podido constatar, cumple un importante papel en la detección de la existencia de un posible frenillo y en su tratamiento mediante un abordaje multidisciplinar, contribuyendo así a la mejoría de la salud materno infantil¹³.

Existe un componente multifactorial a la hora del diagnóstico de la anquiloglosia. Más de la mitad de los profesionales informaron que evalúan a todos los bebés (56,7%). Otros informaron que evaluaron la anquiloglosia debido a que el bebé demuestra un agarre deficiente (56,2%), la apariencia de la lengua (55,3%), mala succión (52,1%) y por dolor en el pezón materno (4,5%)¹⁹. Por lo que podemos decir que la anquiloglosia en la mayoría de los casos se relaciona con alteraciones dentro de la lactancia materna y problemas derivados de la misma. A pesar de esto, en numerosas ocasiones, los profesionales de la salud presentan conocimientos limitados sobre el frenillo lingual corto y su impacto¹⁷. Esto puede observarse en el estudio realizado por Akbari et al., donde treinta y tres participantes informaron que tenían una "capacitación no formal" en las herramientas que estaban utilizando para el diagnóstico de la anquiloglosia y que "no han oído hablar de las demás". Además, expresan no sentirse capacitados para utilizar dichas herramientas¹⁹. Esto lleva a que las mujeres no sean informadas sobre el problema y que no obtengan soluciones, continuando con las dificultades y, en muchos casos, abandonando la lactancia materna (LM).

Para evitar estas situaciones, se ve necesaria la formación de los profesionales sobre LM y, en especial, sobre el frenillo lingual alterado. Ya que, si aparecen dificultades mayores, habrá que valorar cuidadosamente hasta qué punto son producidas por el frenillo y se deberá ofrecer, en primer lugar, asesoramiento

sobre estrategias que ayuden al agarre y apoyo para el mantenimiento de la lactancia. En este sentido, Muñoz et al., recalcan la importancia de corregir la postura para intentar conseguir un agarre efectivo sin pezoneras. Para ello, la matrona lleva a cabo el asesoramiento en distintas posturas para mejorar el agarre y alivio de los síntomas maternos (dolor y grietas). En el recién nacido con anquiloglosia, las posiciones de amamantamiento que faciliten que la barbilla se coloque cerca del pecho, situando al lactante con la cabeza bien extendida, pueden ayudar a la extensión de la lengua¹³.

Finalmente, la intervención quirúrgica podrá ser útil en casos seleccionados, en los que no se consiga mejoría con las medidas anteriores. Así mismo a la hora de realizar la frenotomía, debe realizarse un estudio exhaustivo ya que, debido a la ausencia de criterios diagnósticos estandarizados de la anquiloglosia, en algunas comunidades se está sobrediagnosticando y consecuentemente se está operando innecesariamente en muchos casos¹⁶. Por ello, deberá tenerse en cuenta si realmente existe

un problema en la alimentación del bebé y si este problema es causado por el frenillo. Además, debe valorarse la estructura y función de la lengua mediante BTAT/TABBY para establecer si el movimiento de la lengua está restringido. Finalmente, deberá discutirse con los padres¹⁰.

CONCLUSIONES

1. Es esencial para realizar un diagnóstico preciso combinar la identificación morfológica del frenillo con la evaluación funcional de la lengua. Esto se debe a que la succión del pecho implica un proceso complejo en el que participan diversos elementos de la boca, además de la lengua.
2. En ocasiones, los profesionales de la salud presentan conocimientos limitados sobre el frenillo lingual corto y su impacto en la lactancia materna, siendo necesaria su formación. Recalcando la importancia de la matrona en el diagnóstico y tratamiento precoz de la anquiloglosia.

BIBLIOGRAFÍA




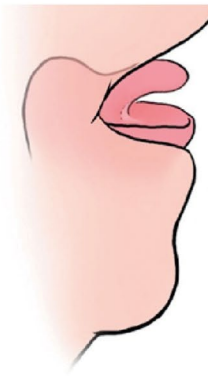
1. Campanha SMA, Martinelli RL de C, Palhares DB. Association between ankyloglossia and breastfeeding. *Codas* [Internet]. 2019 [cited 2024 Jan 9];31(1). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30810632/>
2. Redondo AL, Navia HJR, Cañas SJA, Moncada VAT, Pérez NCC. Evaluación de anquiloglosia y lactancia materna en lactantes de 0 a 24 meses. *Revista Salud Bosque* [Internet]. 2020 Dec 17 [cited 2024 Jan 9];10(2). Available from: <https://revistasaludbosque.unbosque.edu.co/index.php/RSB/article/view/3015/301>
3. Costa-Romero M, Espínola-Docio B, Paricio-Talayero JM, Díaz-Gómez NM. Anquiloglosia en el lactante amamantado. Puesta al día. *Arch argent pediatr* [Internet]. 2021 [cited 2024 Jan 9];119(6):e600–9. Available from: <https://www.sap.org.ar/docs/publicaciones/archivosarg/2021/v119n6a14.pdf>
4. Barberá-Pérez PM, Sierra-Colomina M, Deyanova-Alyosheva N, Plana-Fernández M, Lalaguna-Mallada P. Prevalence of ankyloglossia in newborns and impact of frenotomy in a baby-friendly hospital. *Bol Med Hosp Infant Mex* [Internet]. 2021;78(5):418–23. Available from: <https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L2013895354&from=export>
5. Adeva Quirós C. Anquiloglosia en recién nacidos y lactancia materna. El papel de la enfermera en su identificación y tratamiento. *RqR Enfermería Comunitaria*, ISSN-e 2254-8270, Vol 2, No 2, 2014, págs 21-37 [Internet]. 2014 [cited 2024 Jan 9];2(2):21–37. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4724655>
6. Unger C, Chetwynd E, Costello R. Ankyloglossia Identification, Diagnosis, and Frenotomy: A Qualitative Study of Community Referral Pathways. *J Hum Lact* [Internet]. 2020;36(3):519–27. Available from: <https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L630203016&from=export>
7. Barberá-Pérez PM, Sierra-Colomina M, Deyanova-Alyosheva N, Plana-Fernández M, Lalaguna-Mallada P, Barberá-Pérez PM, et al. Prevalence of ankyloglossia in newborns and impact of frenotomy in a Baby-Friendly Hospital. *Bol Med Hosp Infant Mex* [Internet]. 2021 [cited 2024 Jan 9];78(5):418–23. Available from: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462021000500418&lng=es&nrm=iso&tlng=en
8. Ruiz Guzmán L, Cueva Quiroz T, Rodríguez Bailón N, Rubira Felices L, Peña Costa C, Gabarrell Guiu C. Herencia de la anquiloglosia: de tal palo, tal astilla. *Pediatría Atención Primaria* [Internet]. 2019 [cited 2024 Jan 9];21(83):e129–35. Available from: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322019000300011&lng=es&nrm=iso&tlng=es
9. Hatami A, Dreyer CW, Meade MJ, Kaur S. Effectiveness of tongue-tie assessment tools in diagnosing and fulfilling lingual frenectomy criteria: a systematic review. *Aust Dent J* [Internet]. 2022 Sep 1 [cited 2024 Jan 8];67(3):212. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/35496854/>
10. Ingram J, Copeland M, Johnson D, Emond A. The development and evaluation of a picture tongue assessment tool for tongue-tie in breastfed babies (TABBY). *Int Breastfeed J* [Internet]. 2019 Jul 17;14(1):N.PAG-N.PAG. Available from: <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=ccm&AN=137506696&lang=es&site=ehost-live&scope=site&authtype=shib&custid=s4393686>
11. Hill RR, Lee CS, Pados BF. The prevalence of ankyloglossia in children aged <1 year: a systematic review and meta-analysis. *Pediatr Res* [Internet]. 2021;90(2):259–66. Available from: <https://www.embase.com/search/results?subaction=viewrecord&id=L2007294086&from=export>
12. García-Righetti G, Islas-Tejera A. Tongue-tie in babies: diagnosis and laser frenectomy: case report. *J oral res (Impresa)* [Internet]. 2022 [cited 2024 Jan 8];11(1):1–10. Available from: https://revistas.udec.cl/index.php/journal_of_oral_research/article/view/8672/7759
13. Muñoz Galván N, Barrera Espinar B, Nogales Lora F. Repercusiones de la anquiloglosia en la lactancia materna. A propósito de un caso. *SANUM: revista científico-sanitaria*, ISSN-e 2530-5468, Vol 6, No 2, 2022, págs 30-37 [Internet]. 2022 [cited 2024 Jan 8];6(2):30–7. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8866922&info=resumen&idioma=ENG>

14. Llanos-Redondo A, Contreras-Suárez KS, Aguilar-Cañas SJ. Evaluación del frenillo lingual en neonatos. Una revisión sistemática. *Rev Investig Innov Cienc Salud* [Internet]. 2021 Aug 3 [cited 2024 Jan 8];3(1):87–97. Available from: <https://riics.info/index.php/RCCMC/article/view/71>
15. Cruz PV, Souza-Oliveira AC, Notaro SQ, Occhi-Alexandre IGP, Maia RM, De Luca Canto G, et al. Prevalence of ankyloglossia according to different assessment tools: A meta-analysis. *J Am Dent Assoc* [Internet]. 2022 Nov 1 [cited 2024 Jan 8];153(11):1026-1040.e31. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/36307175/>
16. Messner AH, Walsh J, Rosenfeld RM, Schwartz SR, Ishman SL, Baldassari C, et al. Clinical Consensus Statement: Ankyloglossia in Children. *Otolaryngology - Head and Neck Surgery (United States)* [Internet]. 2020 May 1 [cited 2024 Jan 8];162(5):597–611. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/full/10.1177/0194599820915457>
17. Unger C, Chetwynd E, Costello R. Ankyloglossia Identification, Diagnosis, and Frenotomy. <https://doi.org/10.1177/0890334419887368> [Internet]. 2019 Dec 13 [cited 2024 Jan 8];36(3):519–27. Available from: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0890334419887368?journalCode=jhla>
18. Becker S, Brizuela M, Mendez MD. Ankyloglossia (Tongue-Tie). *StatPearls* [Internet]. 2023 Jun 9 [cited 2024 Jan 8]; Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK482295/>
19. Akbari D, Bogaardt H, Lau T, Docking K. Ankyloglossia in Australia: Practices of health professionals. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2023 Aug 1;171:111649.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Ernst Soler C, Reguera Carrasco C, Padilla Hernández N. Cribado y diagnóstico de la anquiloglosia en recién nacidos. *Hygia de Enfermería*. 2024; 41(1): 21-28

ANEXO 1. CLASIFICACIÓN DE CORYLLOS

Tipo I	Tipo II	Tipo III	Tipo IV
<p>Frenillo fino y elástico; la lengua está anclada desde la punta hasta el surco alveolar y se observa en forma de corazón.</p>	<p>Frenillo fino y elástico; la lengua está anclada desde 2-4 mm de punta hasta el cerca surco alveolar.</p>	<p>Frenillo grueso y fibroso y no elástico; la lengua está anclada desde la mitad de la lengua hasta el suelo de la boca.</p>	<p>El frenillo no se ve, se palpa, con un anclaje fibroso o submucoso grueso y brillante desde la base de la lengua hasta el suelo de la boca.</p>
			

ANEXO 2. HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN DE HAZELBAKER (ATLFF)

Herramienta de Hazelbaker para la valoración de la función del frenillo lingual			
ASPECTO		FUNCIÓN	
1. Apariencia de la lengua cuando se eleva		1. Lateralización	
2	Redonda o cuadrada	2	Completa
1	Ligera hendidura en la punta	1	El cuerpo de la lengua pero no la punta
0	Forma de corazón o de V	0	No es posible
2. Elasticidad del frenillo		2. Elevación de la lengua	
2	Muy elástico	2	La punta hasta la mitad de la boca
1	Moderadamente elástico	1	Solo los bordes hasta la mitad de la boca
0	Muy poco o nada elástico	0	La punta permanece en el borde alveolar inferior o se eleva hasta la mitad de la boca solo con el cierre de la mandíbula
3. Longitud del frenillo cuando se eleva la lengua		3. Extensión de la lengua	
2	>1 cm	2	La punta sobre el labio inferior
1	1 cm	1	La punta sobre el borde de la encía
0	<1 cm	0	Ninguno de los anteriores o bultos o "jorobas" en mitad de la lengua
4. Unión de frenillo lingual con la lengua		4. Expansión de la parte anterior de la lengua	
2	Posterior a la punta	2	Completa
1	En la punta	1	Moderada o parcial
0	Muesca en la punta	0	Poco o nada
5. Unión de frenillo lingual con el borde alveolar inferior		5. Ventosas (capacidad de hacer el vacío)	
2	Lejos del borde. Unido al suelo de la boca	2	Borde entero, concavidad firme
1	Unido justo por debajo del borde alveolar	1	Solo los bordes laterales. Concavidad moderada
0	Unido al borde alveolar	0	No hay concavidad o es débil
<p>La lengua del bebé se evalúa a través de 5 ítems de aspecto y 7 ítems de función, puntuados de 2 (mejor) a 0 (peor).</p> <p>Se diagnostica anquiloglosia significativa si:</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> <p>aspecto \leq 8 y/o función \leq 11</p> </div>		6. Peristalsis	
		2	Completa, de delante atrás
		1	Parcial, originada desde detrás de la punta
		0	No hay movimiento o es en sentido inverso
		7. Chasquido	
		2	No hay
		1	Periódico, de vez en cuando
0	Frecuente o con cada succión		

ANEXO 3. HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN DE LA LENGUA DE BRISTOL (BTAT)

Bristol Tongue-tie Assessment Tool	Score		
	0	1	2
Appearance of tongue tip	Heart shaped	Slight cleft/ notched	Rounded
Attachment of frenulum to lower gum edge	Attached at top of gum ridge	Attached to inner aspect of gum	Attached to floor of mouth
Lift of tongue wide mouth wide (crying)	Minimal tongue lift	Edges only to mid-mouth	Full tongue lift to mid-mouth

ANEXO 4. HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN DE TABBY

TABBY Tongue Assessment Tool

	0	1	2	PUNTOS
¿Qué forma tiene la punta de la lengua				
¿Dónde se fija a la encía?				
¿Cuánto se levanta? (con la boca abierta)				
¿Cuánto sale de la boca?				

© University of Bristol Design and Illustration: Hanna Oakes | oakshed.co.uk

Influencia de la pornografía desde una perspectiva de género: una revisión bibliográfica

Influence of pornography from a gender perspective: a literature review

María Muñoz-Fernández^A, Blanca Iglesias-Rosado^B y Virginia Roldán-Antúnez^C

^A R1 Enfermería de Salud Mental. Servicio Andaluz de Salud. Hospital Universitario Virgen de la Macarena. Sevilla.

^B Enfermera de Atención Infantojuvenil. Servicio Andaluz de Salud. Centro de Salud de Priego de Córdoba. Córdoba.

^C Enfermera en Bloque Quirúrgico. Servicio Andaluz de Salud. Hospital de Alta Resolución de Utrera. Sevilla.

RESUMEN

Introducción: En la actualidad, la sexualidad se ve representada mediante la pornografía, siendo necesario estudiar cómo afecta su consumo al individuo y al desarrollo de la sociedad. Esto es debido a su consideración por organismos de alta relevancia como un problema de Salud Pública.

Objetivo: Analizar la influencia que ejerce el visionado de pornografía en la sociedad desde una perspectiva de género.

Método: Se realizó una revisión bibliográfica de la literatura en diferentes bases de datos nacionales e internacionales, comprendida entre 2016 y 2021.

Resultados: Se encontraron 405 estudios y finalmente se seleccionaron 36.

Conclusiones: El principal motivo de acceso a la pornografía es la búsqueda de educación sexual. Existe asociación entre el visionado y una personalidad agresiva, ya que se aprende un patrón sexual violento. La visualización de pornografía afecta al placer experimentado, disminuyendo la libido y fomentando la dificultad para alcanzar el orgasmo. Para solventar la problemática surgida, las alternativas propuestas son controvertidas destacando el consumo de pornografía feminista y la abolición.

PALABRAS CLAVE

pornografía, perspectiva de género, agresividad, deseo sexual, feminismo

ABSTRACT

Introduction: Currently, sexuality is represented through pornography, making it necessary to study how its consumption affects the individual and the development of society. This is due to its consideration by highly relevant organizations as a Public Health problem.

Objective: To analyze the influence exerted by viewing pornography in society from a gender perspective.

Method: A bibliographic review of the literature was carried out in different national and international databases, between 2016 and 2021.

Results: 405 studies were found and 36 were finally selected.

Conclusions: The main reason for accessing pornography is the search for sexual education. There is an association between viewing and an aggressive personality, since a violent sexual pattern is learned. Viewing pornography affects the pleasure experienced, decreasing libido and making it difficult to reach orgasm. To solve the problem that has arisen, the proposed alternatives are controversial, highlighting the consumption of feminist pornography and abolition.

KEYWORDS

pornography, gender perspective, aggression, sexual desire, feminism

INTRODUCCIÓN

Actualmente, la sexualidad humana se encuentra representada mediante la pornografía^{1,2}, siendo esta, producto de una sociedad patriarcal que percibe la sexualidad de una forma cisheteronormativa y coitocéntrica². La pornografía se definirá como “material considerado sexual, dado el contexto, que tiene la intención principal de excitar sexualmente al consumidor, y se produce y distribuye con el consentimiento de todas las personas involucradas”³.

Según Lust y Sáez, feministas liberales, la pornografía aporta beneficios, ya que se puede considerar tanto una forma de expresión sexual como una reivindicación para confrontar los cánones y los roles que oprimen a la mujer⁴⁻⁷. A pesar de esto, alegan que el contenido pornográfico mainstream es un material creado por y para hombres heterosexuales⁸, apareciendo así la mujer representada como “producto penetrable”. Se apoyan en la Teoría de la Cosificación de Fredrickson y Roberts, donde se produce la “autocosificación”, la mujer no es consciente de que su cuerpo pasa a ser una mercancía^{2,4,5,9} cuyo objetivo es el de satisfacer las necesidades del varón, siendo lícita la violencia sexista^{1,2,5,8,10}. Por otro lado, las feministas anti-pornografía argumentan que el material erótico actual tiene efectos negativos para la mujer, además de representar el patriarcado y la misoginia⁴⁻⁷.

FECHA DE RECEPCIÓN: 14/2/2024

FECHA DE ACEPTACIÓN: 23/2/2024

Correspondencia: Blanca Iglesias-Rosado

Correo electrónico: blancai97bir@gmail.com

De igual forma, la pornografía actual se centrará en el hombre heterosexual, evitando así el contenido LGBTI+ por no estar aceptado socialmente, aunque se podrá hacer una excepción si la finalidad es excitar a este mismo observando a chicas cisgénero^{4,10}. Asimismo, ante el déficit de una educación sexual inclusiva, los referentes sexuales se buscan en esta pornografía cisheteronormativa¹¹.

En esta perspectiva, la Organización Mundial de la Salud (OMS)¹² y el Colegio Americano de Pediatras (CAP)¹³ consideran a la pornografía un problema de salud pública, ya que no ofrece una imagen fidedigna de una sexualidad sana, favoreciendo por el contrario las conductas de riesgo. De esta forma, se podría ver así comprometida la imagen de los adolescentes sobre su identidad, teniendo en cuenta que el primer acceso se sitúa en los 8 años y la edad media de inicio son los 15 años. Por todo ello, este dilema es considerado un problema de salud pública de gran relevancia por organismos como la OMS, el CAP o Revista de la Asociación Médica Americana (JAMA)^{1,5,10,13,14}.

La pertinencia del presente estudio radica en la necesidad de abordar un problema de salud pública fruto de una educación sexual deficitaria, fomentando el desarrollo de evidencia científica actualizada sobre el visionado de pornografía con perspectiva de género.

El objetivo general de este estudio es analizar la influencia que ejerce el visionado de pornografía en la sociedad desde una perspectiva de género, en los últimos cinco años mediante una revisión bibliográfica. Para ello, se plantean como objetivos específicos: 1) describir el motivo de acceso a la pornografía, 2) examinar la relación entre el visionado de pornografía y el desarrollo de una personalidad agresiva, 3) conocer las consecuencias del visionado de pornografía sobre el deseo sexual y el impacto de la pornografía feminista como una posible alternativa.

MÉTODO

Se realizó una revisión de la literatura y para la elaboración de la metodología se siguieron las recomendaciones del Informe PRISMA¹⁵. Para optimizar el índice de calidad se tuvo en cuenta el factor de impacto de las revistas de los artículos utilizados. Respecto a las búsquedas llevadas a cabo en las bases de datos PubMed, Scopus, CINAHL, LILACS, MEDS y Dialnet, se emplearon Descriptores de las Ciencias de la Salud (DeCS) y "Medical Subject Headings" (MeSH), así como operadores booleanos de intersección (AND) y sumatorio (OR) y truncamientos.

Concretamente, la estrategia de búsqueda usada en las bases de datos nacionales fue [(pornograf* OR "literatura erótica") AND (agresi* OR violen* OR "deseo sexual" OR motiv* OR femins*)] y en las bases de datos internacionales [(pornograph* OR erotic*) AND (aggressi* OR violen* OR "sexual desire" OR motivation OR reason OR feminis*)].

Los criterios de inclusión fueron: a) artículos científicos cualitativos y cuantitativos cuya temática aborda los tópicos descritos en los objetivos; b) publicados entre 2016-2021; c) redactados en español, gallego, inglés, francés, italiano y portugués. Finalmente, se excluyeron los artículos con imposibilidad para acceder a texto completo y aquellos que no cumplieran los criterios de inclusión tras la lectura de título, resumen y texto completo.

RESULTADOS

En esta revisión se identificaron inicialmente 405 estudios, de los cuales tras un proceso de cribado y de selección se seleccionaron finalmente 36, tal y como se observa en la figura 1.

Objetivo 1: Describir el Motivo de Acceso a la Pornografía

En cuanto a los motivos por los que la sociedad accede a contenido pornográfico voluntariamente, se han descrito hasta 8 motivos en los 9 estudios seleccionados para este objetivo. El 88,9% (n=8) refiere como motivo principal la búsqueda de educación sexual, seguida del 66,67% (n=6) que justifica su consumo con la exploración de la satisfacción sexual individual. Como tercer motivo, un 22,22% (n=2) refiere la intención de mejorar su socialización ya sea con amigos o con la pareja. Igualmente, el 22,22% (n=2) trataba de identificar la propia identidad sexual, saciar el aburrimiento y mejorar la calidad de relación con la pareja mediante el placer sexual.

El resto de motivaciones que llevan a visionar contenido sexualmente explícito son menos frecuentes en los estudios, como la curiosidad y la presión social en un 11,11% (n=1).

Objetivo 2: Examinar la Relación entre el Visionado de Pornografía y el Desarrollo de una Personalidad Agresiva

Respecto a la relación entre el visionado de pornografía y el desarrollo de una personalidad más agresiva, se observan 25 estudios relacionados con la revisión. El 44% (n=11) de los artículos justifica que el consumidor de pornografía aprende un guion sexual que reproducirá y así, la sociedad se educará en la legitimación de la agresión, acercando cada vez más los términos sexo y violencia.

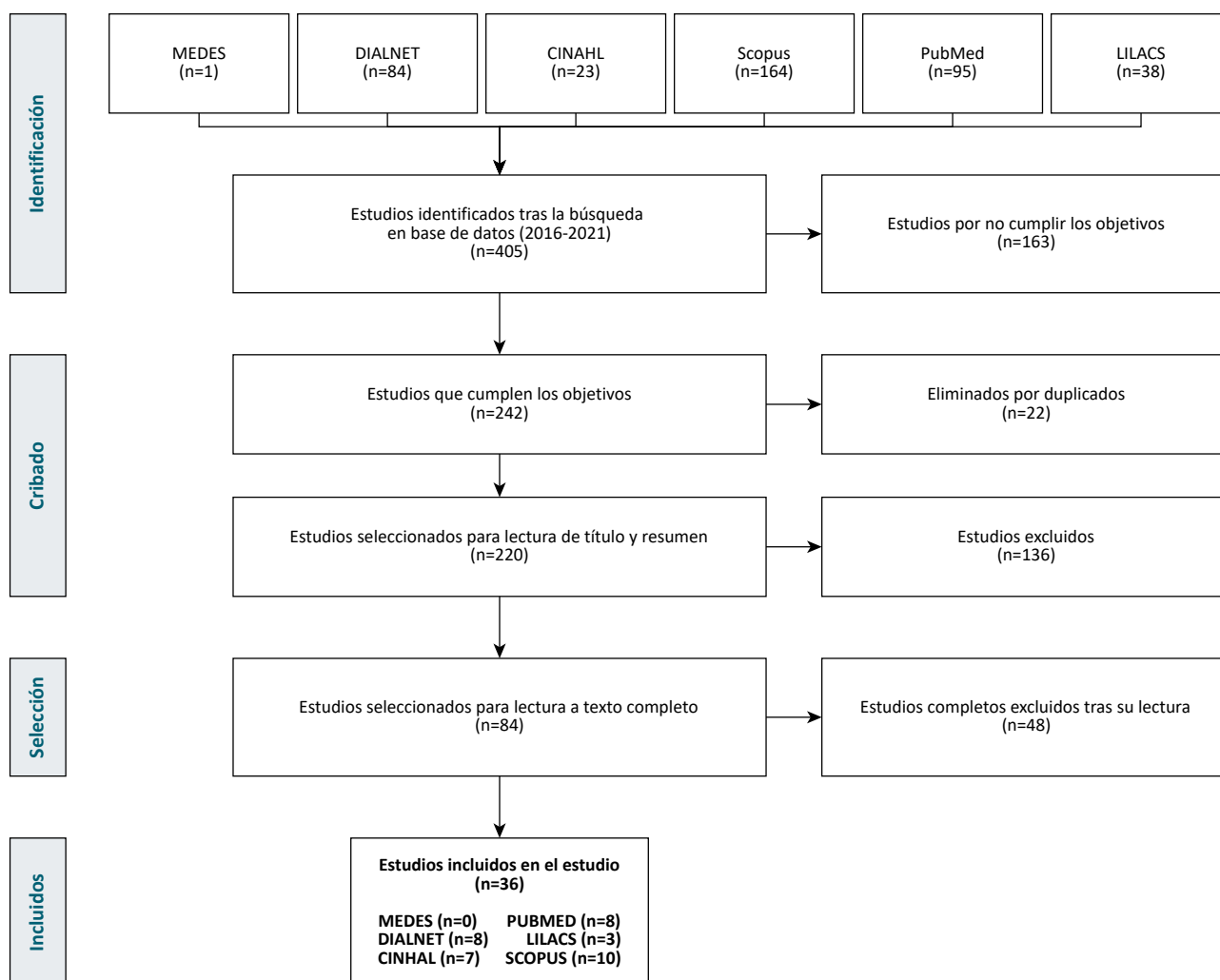
Por otra parte, el 12% (n=3) de los artículos sostiene que no existe evidencia determinante que asocie el visionado de pornografía y la realización de actos violentos sexualmente. Aun así, sí admitía que existiera una determinada asociación, pero negaban la relación causal debido a una evidencia insuficiente que relacione las actitudes sexualmente agresivas con el consumo de contenido pornográfico. En cambio, el 8% (n=2) sí observa que, si la persona expuesta llevaba a cabo actitudes agresivas antes del consumo, estas, se verán fortalecidas, fomentando su repetición.

Objetivo 3: Conocer las Consecuencias del Visionado de Pornografía sobre el Deseo Sexual y el Impacto de la Pornografía Feminista como una Posible Alternativa

En relación a las consecuencias del visionado de pornografía sobre el deseo sexual, el 100% (n=9) de los artículos relacionados con el tema defiende que la visualización de contenido sexualmente explícito favorece la disminución de la libido. Aun así, en un 11,11% (n=1) se observa que ambos sexos pueden excitarse sexualmente con la pornografía convencional, provocando evitación sexual o dificultad para lograr el orgasmo. Mientras, un 33,33% de las investigaciones defienden que el visionado de este genera una disminución en el placer experimentado.

En cuanto a la posibilidad de solventar dichas consecuencias con un contenido pornográfico feminista, el 100% (n=9) aboga por

Figura 1. Flujograma.



Fuente: Elaboración propia.

una excitación mediante fantasías reales desde la naturalidad y priorizando el placer femenino. Así, se evita la cosificación de los actores y actrices, tratando a la persona de un modo holístico.

Los datos descritos en los objetivos mencionados anteriormente se pueden observar con una mayor extensión en la tabla 1.

DISCUSIÓN

Motivo de Acceso a la Pornografía

El motivo principal descrito por la mayoría de los estudios, por el cual la sociedad accede a la pornografía, es la búsqueda de educación sexual^{13,18,21-23,26,42}. Así, en un estudio²³ se atribuye esta búsqueda a la desinformación por parte de la familia. Asimismo, se observa un déficit de información sobre orientaciones sexuales o identidades de género de jóvenes LGTBI+ (lesbianas, gays, personas trans, bisexuales, intersexuales, queer)¹³. Estudios no incluidos coinciden en que este tipo de contenido está creado por y para hombres heterosexuales, creando así una pornografía cisheteronormativa^{8,11}. En cambio, otros autores refieren que se podría incluir el colectivo LGTBI+ si la finalidad es excitar al hombre heterosexual observando a chicas cisgénero^{4,10}.

Por otra parte, en más de la mitad de los estudios se encuentra la exploración de la satisfacción sexual propia^{18,21,22,26,32,42}. En contraposición, Lecompte et al²⁶. no encuentran la búsqueda de satisfacción sexual entre las mujeres. En menor proporción, se observa la intención de mejorar la socialización^{21,26,32}, identificar su identidad sexual^{13,26,32}, saciar el aburrimiento^{26,32} y mejorar la calidad de relación en pareja^{18,36}. En su minoría, refiere curiosidad¹⁸ y presión social²¹.

Relación entre el Visionado y una Personalidad Agresiva

La relación del visionado de pornografía y el desarrollo de una personalidad agresiva es controvertida. Por un lado, más de la mitad de nuestros estudios han señalado una clara asociación entre las conductas sexualmente agresivas y la visualización de pornografía^{9,13,16-20,24,27-30,32-35,38-41,43,45,46,48,49}. Esto se debe a que durante la misma, se legitima la violencia contra la mujer en el sexo. Tras ello, el consumidor de material sexualmente explícito (SEM) reproduce los comportamientos agresivos que visiona, socializando así la pornografía a la población consumidora^{18,19,30,32,34,41,48}. Por otro lado, siguiendo a Atkinson y Rodgers¹⁷ y Rostad et al⁴¹., este patrón aprendido reforzará los rasgos agresivos en personas con antecedentes premórbidos, que crecerán aún más a mayor tiempo de exposición^{19,35,50}.

Tabla 1. Clasificación y síntesis de los estudios en función de los tres objetivos propuestos.

AUTOR Y AÑO	OBJETIVO	RELACIÓN CON EL OBJETIVO	OBJETIVO ABORDADO
Alario ¹⁶ (2019)	Presentar resultados de una investigación sobre la reproducción de la violencia sexual ejercida por los varones sobre las mujeres en sociedades formalmente igualitarias.	Enseña al varón a percibir la satisfacción sexual masculina como derecho, erotizando y justificando la violencia sexual.	2
Atkinson, Rodgers ¹⁷ (2016)	Ofrecer un análisis preliminar de las consecuencias de estas nuevas zonas mediáticas, reconociendo su atractivo, excitación y posicionamiento cultural cotidiano.	Desarrollo actitudes violentas (fortaleciéndose si ya existían).	2
Baumel et al. ¹⁸ (2020)	Investigar las definiciones de pornografía utilizadas por los investigadores y los efectos del consumo de este material en las relaciones románticas.	Actitudes violentas contra la mujer, favoreciendo relaciones desiguales y cosificación. Pornografía como socializador de comportamientos sexuales.	2
Brem et al. ¹⁹ (2018)	Investigar la asociación entre el uso problemático de la pornografía autoinformada y la perpetración física y sexual de IPV.	Hombres: influidos por guiones agresivos que recrean. Mujeres: sus parejas trataban de imitar las prácticas violentas, aunque ellas se negaban. Mayor reproducción si más tiempo de exposición.	2
Carrotte et al. ²⁰ (2020)	Revisar sistemáticamente los resultados de los análisis cuantitativos de la pornografía basados en vídeos e identificar el grado en que se describen los comportamientos y temas sexuales, uso de condones durante comportamientos sexuales y agresión y violencia.	Realizan actos sexuales violentos, aunque no los identifican, ya que los han normalizado. Uso de SEM como factor predisponente a la agresión sexual y la cosificación de la mujer.	2
Conde et al. ²¹ (2016)	Determinar las motivaciones para el consumo y reproducción de materiales con contenido sexual explícito.	Búsqueda de la satisfacción sexual, aprendizaje social de la sexualidad y presión social.	1
Daskalopoulou, Zanette ²² (2020)	Comprender el papel de la pornografía en la construcción de la sexualidad femenina.	Ejercer la fantasía, para su disfrute sexual y aprender a dar y conseguir placer. Las mujeres logran placer sexual gracias a la pornografía y la pornografía disminuye el placer.	1 3
Gil-Cano et al. ²³ (2019)	Interpretar las percepciones relacionadas con sexualidad, reportadas por un grupo de jóvenes sordos de Medellín (Colombia), con el fin de aportar elementos claves para el diseño de futuros programas de formación para la sexualidad dirigidos a las personas sordas.	Búsqueda de información sobre sexualidad debido al silencio familiar.	1
Hatch et al. ²⁴ (2020)	Examinar si el uso de la pornografía predice de manera prospectiva una forma particular de violencia de relación-violencia de pareja íntima.	No relación demostrable entre consumo de pornografía y agresión relacional, pero las actitudes agresivas podrían ser de corta duración.	2
Hurtado ⁹ (2019)		La causa de la violencia contra mujeres era la visualización de pornografía violenta, ya que se vuelve lícita.	2
Kobayashi et al. ²⁵ (2021)	Investigar las diferencias sexuales en la motivación para ver varios tipos de imágenes sexuales mediante la tarea de presionar teclas de pago por evento.	Las mujeres experimentan una excitación sexual más intensa al visualizar pornografía hecha por y para mujeres en comparación con la convencional.	3
Lecompte et al. ²⁶ (2018)	Proporcionar un retrato del conocimiento actual sobre la cuestión de las motivaciones para el uso de la pornografía.	Entretenimiento, satisfacción sexual, exploración de identidad, creación de vínculos sociales y afectivos, aprender y mejorar habilidades sexuales.	1
Lemma ²⁷ (2021)	Resumir la investigación sobre el impacto de la pornografía en línea en la salud y las relaciones sexuales de los jóvenes.	Vinculación entre agresión sexual y pornografía violenta. La pornografía no violenta perpetúa un patrón sexual que puede ser interpretado como real.	2
Leemis et al. ²⁸ (2018)	Evaluar la coexistencia de estas formas de agresión en la escuela secundaria e identificar predictores en función de las percepciones de los participantes de los factores de la ecología social.	Se asocia la exposición a la pornografía con el acoso sexual.	2
Lim et al. ¹³ (2017)	Analizar la prevalencia de la visualización de pornografía y explorar los factores asociados con la frecuencia de visualización y la edad en la primera visualización.	Falta de información sexual adaptada a orientaciones sexuales/ identidades de género de jóvenes LGBTI+.	1
		Las mujeres se sintieron presionadas a realizar prácticas que no deseaban porque sus parejas lo vieron en la pornografía.	2
Maas et al. ²⁹ (2019)	Analizar si las experiencias sexuales online predicen los resultados posteriores de victimización y salud sexual entre las adolescentes.	La socialización recibida mediante la pornografía explica la reproducción de comportamientos agresivos.	2
Marchena ³⁰ (2019)	Analizar la formación de subjetividades que la pornografía está promoviendo en las últimas décadas, a través de la promoción de agresivas visiones patriarcales.	La pornografía favorece la reproducción del guion sexual, cosificando a la mujer y se tiende a la violación.	2
Martín ³¹ (2018)	Examinar las películas pornográficas feministas realizadas por la directora sueca Erika Lust.	Lust pretende convertir la pornografía en una herramienta educativa feminista centrándose en los deseos reales, priorizando el placer femenino.	3

(CONTINÚA EN LA PÁGINA SIGUIENTE)

Nota. Objetivos: (1) motivo de acceso de pornografía, (2) relación entre el visionado de pornografía y el desarrollo de una personalidad agresiva y (3) consecuencias del visionado sobre el deseo sexual y el impacto de la pornografía feminista como una posible alternativa.

AUTOR Y AÑO	OBJETIVO	RELACIÓN CON EL OBJETIVO	OBJETIVO ABORDADO
McCormack, Wignall ³² (2017)	Examinar las experiencias de consumo de pornografía de la muestra y los beneficios educativos de este consumo.	Disfunción eréctil, gratificación sexual, explorar nuevas actividades sexuales y comprender la propia identidad sexual. Otros: aliviar el aburrimiento y crear vínculos con amigos.	1
		Se incluirán guiones sexuales más agresivos por imitación, aceptando la violencia sexual como lícita.	2
McDonald, Martinez ³³ (2017)	Ofrecer una idea de cómo los hermanos sobrevivientes de violencia sexual dan sentido a sus experiencias y culpan a los abusadores y sus familias.	Identificaron la pornografía como fuente principal de educación sexual de sus abusadores.	2
Merlyn et al. ³⁴ (2020)	Recabar información en la población sobre pornografía en general, exposición, uso actual y sus posibles consecuencias en las actitudes y conductas sexuales.	Relación de conductas sexuales agresivas y normalización del incesto y abuso sexual infantil. Más frecuencia sin el consentimiento de su pareja.	2
		Genera pérdida de libido, evitación sexual y disminución de placer sexual.	3
Mubin, Muhamad ³⁵ (2020)	Analizar los factores que conducen a la violación desde la perspectiva de los violadores adultos.	No se pueden sacar conclusiones concluyentes. La pornografía conforma un guion sexual normalizado que fomenta la violencia hacia la mujer. A mayor uso, mayor probabilidad de reproducir actos sexuales violentos.	2
Park et al. ³⁶ (2016)	Proponer una posible dirección para futuras investigaciones sobre los factores que explican las dificultades sexuales de los hombres.	20,3% dijo que era "mantener la excitación con mi pareja".	1
		Bajo deseo sexual, dificultad para llegar al orgasmo y menor satisfacción sexual.	3
Perovano et al. ³⁷ (2019)	Identificar y comprender las actitudes que hombres y mujeres tienen hacia la pornografía, así como verificar las ventajas y desventajas percibidas de consumir este tipo de material en el comportamiento sexual y en las relaciones sentimentales.	Mujeres: búsqueda de mejora de calidad de la relación a través del placer de su pareja, curiosidad y satisfacer los propios deseos. Hombres: obtener información y satisfacción sexual.	1
Raine et al. ³⁸ (2020)	Identificar y sintetizar sistemáticamente la evidencia sobre la pornografía y el sexting entre los jóvenes.	Se asocia con diversas formas de violencia y agresión sexual (acoso sexual). La pornografía solo se asocia a actos violentos si los expuestos son hombres.	2
Rengifo ³⁹ (2018)	Describir el pensamiento de Dworkin en relación con la pornografía, sus alcances culturales y su impacto en la potencial violación de los derechos de la mujer.	Vínculo entre la exposición, los mitos de la violación y aumento de la participación en actos agresivos sexualmente.	2
		El SEM feminista debería explorar la sexualidad desde la igualdad y la naturalidad, y representar las fantasías femeninas	3
Rodríguez-Castro et al. ⁴⁰ (2021)	Identificar a los ciberacosadores (IPCS) en adolescentes; analizar la relación entre IPCS y género, edad, comportamientos de sexting, consumo de pornografía y sexismo; e investigar la influencia de las variables de estudio como predictoras de IPCS y determinar su papel moderador.	La pornografía acerca los conceptos de placer masculino, dominación y violencia sexual.	2
Rostad et al. ⁴¹ (2019)	Examinar la asociación de la exposición violenta a la pornografía con diferentes formas de violencia en las citas entre adolescentes.	Los adolescentes consumidores de pornografía tienen 6 veces más posibilidades de ser agresivos hacia la mujer y 1,5 más en el noviazgo. Podrán intensificar sus actitudes por el consumo de SEM. Existe un guión sexual, tratando de reproducirlo.	2
Shallo, Mengesha ⁴² (2019)	Evaluar la asociación entre la exposición a materiales sexualmente explícitos y las conductas de riesgo sexual entre estudiantes de pregrado de la Universidad de Ambo, Etiopía.	37,7% búsqueda de información sexual. 35% sin buscarlo explícitamente. 28% por placer.	1
Siria et al. ⁴³ (2020)	Analizar los factores de riesgo relacionados con la violencia sexual cometida por adolescentes.	El desarrollo de una sexualidad inadecuada se relacionó con un inicio temprano en el consumo de pornografía.	2
Stewart ⁴⁴ (2019)	Explorar si es posible que exista la pornografía feminista.	La pornografía feminista es educativa, alejándose de los primeros planos de genitales y tratando a la persona como holística.	3
Szil ⁴⁵ (2018)	Estudiar el papel que juega en la prostitución y la trata la pornografía de fuerte carga misógina.	La pornografía fomenta la aceptación de la violencia, incrementándose los crímenes sexuales.	2
Tranchese, Sugiura ⁴⁶ (2021)	Establecer la conexión, a través del discurso compartido, entre Incels y la pornografía convencional.	Aumenta la probabilidad de desarrollar conductas sexuales agresivas, respaldando los mitos de la violación.	2
Txetxu ⁴⁷ (2018)	Analizar la combinación fílmica entre pornografía y feminismo.	Excitar y educar en sexualidad sin complejos y culpa, desde la igualdad y el respeto. El orgasmo nace del deseo y la imaginación, la ética y el consenso.	3
Willoughby et al. ⁴⁸ (2016)	Examinar cómo los diferentes patrones de uso de la pornografía entre parejas románticas pueden estar asociados con los resultados de la relación.	Mayor agresividad masculina.	2
		En varones mayor agresividad y en mujeres menor deseo sexual.	3
Ybarra, Thompson ⁴⁹ (2018)	Informar la epidemiología de la perpetración de violencia sexual tanto para mujeres como para hombres jóvenes.	Favorece la reproducción de conductas sexualmente violentas, aunque no probabilidades significativas del intento de violación.	2

En contraposición, Hatch et al²⁴. refiere que las actitudes agresivas desarrolladas a raíz de la pornografía serán de corta duración y no se mantendrán en el tiempo. En esta línea, otros autores niegan dicha relación argumentando que en la mayoría de estudios no tienen en consideración factores externos como la cultura o la sociedad en la que se contextualiza^{35,49}. Por todo ello, podemos afirmar que a pesar de los múltiples estudios analizados sobre la asociación entre el visionado de pornografía y el desarrollo de actitudes sexualmente violentas, no se ha hallado evidencia que relacione de forma directamente proporcional una personalidad agresiva y el consumo de pornografía.

Consecuencias del Visionado sobre el Deseo y el Impacto de la Pornografía Feminista como Posible Alternativa

Todos los artículos analizados refieren que la consecuencia principal del visionado de pornografía es una disminución del deseo sexual^{22,36,48,50}. A pesar de ello, siguiendo a Daskalopoulou y Zanette²², la mujer también puede excitarse usando pornografía convencional, siendo la excitación mayor ante una exposición de pornografía creada por y para mujeres²⁵.

Respecto a las alternativas para solventar las consecuencias del visionado de pornografía, se encuentran opiniones dispares que transcurren entre las posturas abolicionistas^{51,52} y las corrientes reguladoras^{31,39,44,47}. Centrándonos en esta última, destacamos la corriente que defiende Erika Lust^{31,47}, la cual prioriza el deseo y disfrute femenino a través de la representación de fantasías reales, tratando a la persona de forma holística. Por consiguiente, aboga por la supresión tanto de la cosificación de actores y actrices, como de la escenificación exclusiva de genitales para primar las muestras de cariño^{31,39,44,47}. Lust pretende convertir a la pornografía feminista en educación sexual basada en la igualdad y naturalidad^{31,47}.

Finalmente, las corrientes abolicionistas también muestran un número creciente de simpatizantes. Estas posturas pretenden suprimir la pornografía alegando que en esta última, se observan de forma explícita prácticas violentas que ejecutan los consumidores de prostitución⁵¹. En consonancia a estas premisas, Farley y Donevan⁵² añaden que tanto las consecuencias físicas y psicológicas, como los antecedentes (pobreza, racismo o violencia sexista en cultura predominante) de las víctimas de la pornografía y prostitución serían comunes.

Estos hallazgos tienen implicaciones notorias para la investigación de la práctica clínica, la política y la legislación.

Implicaciones para la práctica clínica

Esta revisión bibliográfica aporta pruebas de que el visionado de pornografía (VP) está asociado al desarrollo de una personalidad agresiva porque el usuario aprende un guión sexual violento que se reproduce en relaciones posteriores. No obstante, se proponen alternativas: una postura abolicionista (porque el VP promueve la violencia, la explotación y la deshumanización de las personas) y contenidos pornográficos feministas (centrados en la exploración del deseo y la intimidad, la diversidad sexual, el consentimiento y la autonomía individual en su sexualidad). Estas soluciones basadas en la evidencia disponible son necesarias para desarrollar estrategias y minimizar los riesgos para la salud sexual y mental de las personas.

Implicaciones para la investigación

Por un lado, esta revisión encontró una falta de estudios empíricos que hayan investigado la relación entre el VP y el desarrollo de actitudes agresivas. Por otro lado, la mayoría de los estudios analizados se han realizado en países del norte global y se han centrado predominantemente en hombres cisheterosexuales no racializados. Se necesitan más estudios primarios centrados en países del sur global y con una muestra culturalmente diversa.

Implicaciones para la política y la legislación

Los resultados ponen de relieve la necesidad de que el gobierno y los legisladores consideren las alternativas a la pornografía para abordar el impacto del VP en la salud.

El presente estudio muestra varias limitaciones y los resultados deben interpretarse en consecuencia. En primer lugar, la evaluación de nuestras variables de resultado incluye el hecho de que las preguntas no distinguían entre exposición intencionada y accidental a la pornografía. Además, no se proporcionaba una definición o contextualización explícita de la pornografía. En segundo lugar, las limitaciones del estudio incluían una muestra homogénea de hombres predominantemente blancos, cisheterosexuales. Se tratan de estudios que no contemplan el problema desde una perspectiva culturalmente diversa. Asimismo, no se especificaron el estatus socioeconómico, la etnia, la edad, las identidades de género no binarias, la orientación sexual, la religión y/o la cultura predominante de las muestras utilizadas en varios artículos. Por último, el uso de cuestionarios autoadministrados puede haber sido una limitación del estudio, ya que una persona puede ser categorizada como una de las opciones no contempladas por el autor en la encuesta.

Las autoras declaran no tener ningún potencial conflicto de intereses relacionado con la investigación, redacción y/o publicación de este artículo, así como no haber recibido ninguna ayuda económica para la investigación, redacción y/o publicación de este artículo.

CONCLUSIONES

Los principales motivos de acceso a la pornografía en ambos géneros son: la búsqueda de educación sexual, la satisfacción sexual individual, la socialización, identificar la propia identidad sexual, saciar el aburrimiento o mejorar la calidad de la relación de pareja.

Existe una asociación entre el visionado de pornografía y el desarrollo de una personalidad agresiva, ya que, el consumidor aprende un guión sexual violento que reproducirá en sus relaciones posteriores.

Las consecuencias del visionado de pornografía sobre el deseo sexual son: disminución de la libido y placer experimentado; evitación sexual; y dificultad para lograr el orgasmo. Las alternativas para solventarlas son controvertidas, destacando tanto la postura abolicionista como el contenido pornográfico feminista.

BIBLIOGRAFÍA

1. Almirall C, Garolera E, Forni N. Estudio sobre el efecto socializador de la pornografía [Tesis de pregrado]. Universitat de Vic – Universitat Central de Catalunya, España; 2017.
2. Rojo I. Educando en cuerpos pornográficos: Un análisis más allá de la excitación. *ReSed*. 2019; 1(7): 103-16. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7097286>
3. Ashton S, McDonald K, Kirkman M. Pornography and sexual relationships: Discursive challenges for young women. *Fem Psychol*. 2020; 30(4): 489-507. doi: 10.1177/0959353520918164
4. Del Barrio E. Pornografía y educación sexual: ¿libertad de expresión? o ¿prisión de géneros? Análisis de la pornografía mainstreaming. En: *II Congreso Internacional de Comunicación y Género*. Sevilla: 2014.
5. Lamas P. Educación sexual y pornografía. ¿Se ha convertido la pornografía en la "nueva educación sexual"? [Tesis de pregrado]. Universitat Autònoma de Barcelona, España; 2020.
6. Marques O. Women's 'Ethical' Pornographic Spectatorship. *Sex Cult*. 2018; 22: 778-95. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s12119-017-9489-8>
7. Moreno E. Educando desde la pornografía: heteropatriarcado, mainstream e internet [Tesis de maestría]. Universidad de Oviedo, España; 2017.
8. French IM, Hamilton LD. Male-Centric and Female-Centric Pornography Consumption: Relationship With Sex Life and Attitudes in Young Adults. *J Sex Marital Ther*. 2018; 44(1): 73-86. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/full/10.1080/0092623X.2017.1321596>
9. Hurtado MT. Pornografía y género. *Alternativas Psicol*. 2019; (42) 55: 68. Disponible en: <https://alternativas.me/attachments/article/204/Pornograf%C3%ADa%20y%20g%C3%A9nero.pdf>
10. Peña LF. El consumo de la pornografía en los adolescentes de 16 a 18 años del Colegio Juan de Salinas ubicado en Sangolquí cantón Rumiñahui en el periodo 2016-2017 [Tesis de pregrado]. Universidad Central del Ecuador, Ecuador; 2018.
11. Prause N. Porn Is for Masturbation. *Arch Sex Behav*. 2019; 48(8): 2271-7. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10508-019-1397-6>
12. Organización Mundial de la Salud. La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo [Internet]. 2018. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf>
13. Lim M, Agius P, Carrotte E, Vella A, Hellard M. Young Australians' use of pornography and associations with sexual risk behaviors. *Aust N Z J Public Health*. 2017; 41(4): 438-43.
14. Triviño MV. La pornografía y su incidencia en el desarrollo psicosexual de los adolescentes de 12 a 14 años de la unidad educativa particular Jacarandá del cantón Daule en el período lectivo 2018-2019 [Tesis de pregrado]. Universidad Laica Vicente Rocafuerte de Guayaquil, Ecuador; 2019.
15. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD et al. Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Rev Esp Cardiol*. 2021; 74(9): 790-9.
16. Alario M. La reproducción de la Violencia Sexual: Un análisis de la masculinidad hegemónica y la pornografía. En: *Investigación joven con perspectiva de género IV*. Madrid, España: M. Blanco-Ruiz y C. Sainz; 2019. p.55-66.
17. Atkinson R, Rodgers T. Pleasure zones and murder boxes: Online pornography and violent video games as cultural zones of exception. *Br J Criminol*. 2016; 56(6): 1291-307.
18. Baumel CPC, Guerra VM, García A, Rosário AG. Consumo de pornografía e relacionamento amoroso: uma revisão sistemática do período 2006-2015. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*. 2020; 13(1): 1-19. Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&
19. Brem MJ, Garner AR, Grigorian H, Florimbio AR, Wolford-Clevenger C, Shorey R et al. Problematic Pornography Use and Physical and Sexual Intimate Partner Violence Perpetration Among Men in Batterer Intervention Programs. *J Interpers Violence*. 2018; 36(11-12): 6085-105. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30461344>
20. Carrotte ER, Davis AC, Lim MSC. Sexual behaviors and violence in pornography: Systematic review and narrative synthesis of video content analyses. *J Med Internet Res*. 2020; 22(5): 1-21.
21. Conde A, Darcourt A, Pérez CA, Ravassa Y. . Aproximación al consumo de materiales de contenido sexual explícito en adolescentes y jóvenes. *Rev Cubana Enferm*. 2016; 32(4): 126-35. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&
22. Daskalopoulou A, Zanette MC. Women's Consumption of Pornography: Pleasure, Contestation, and Empowerment. *Sociology*. 2020; 54(5): 969-86.
23. Gil-Cano PA, Navarro-García AM, Serna-Giraldo C, Pinzón-Seguro M. Sexualidad: las voces de un grupo de sordos de Medellín (Colombia). *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*. 2019; 37(2): 107-15. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&
24. Hatch SG, Esplin CR, Aaron SC, Dowdle KK, Fincham FD, Hatch HD, Braithwaite SR. Does pornography consumption lead to intimate partner violence perpetration? Little evidence for temporal precedence. *CJHS*. 2020; 29(3): 289-96.
25. Kobayashi M, Nakamura K, Watanabe K. . Sex Differences in the Motivation for Viewing Sexually Arousing Images. *Evol Psychol Sci*. 2021; 7: 273-83.
26. Lecompte M, Corneau S, Bernatchez K. Entre l'individuel et le social: les motivations d'usage de pornographie. *Can J Commun*. 2018; 43(4): 525-46.
27. Lemma A. Introduction - Becoming Sexual in Digital Times: The Risks and Harms of Online Pornography. *Psychoanal Study Child*. 2021; 74(1): 118-30.
28. Leemis RW, Espelage DL, Basile KC, Kollar LMM, Davis JP. Traditional and cyber bullying and sexual harassment: A longitudinal assessment of risk and protective factors. *Aggress Behav*. 2018; 45(2): 181-92.

29. Maas MK, Bray BC, Noll JG. Online Sexual Experiences Predict Subsequent Sexual Health and Victimization Outcomes Among Female Adolescents: A Latent Class Analysis. *J Youth Adolesc.* 2019; 48(5): 837-49.
30. Marchena J. Identidades “obscenas”. Tras las huellas subjetivas de la actriz porno contemporánea. *Revista Humanidades.* 2019; 9(1): 1-28. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6967517.pdf>
31. Martín Á. Belleza e irrealidad en la nueva pornografía feminista: la imagen pornográfica de Erika Lust. *Fotocinema.* 2018; (17): 343-65. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6538535.pdf>
32. McCormack M, Wignall L. Enjoyment, Exploration and Education: Understanding the Consumption of Pornography among Young Men with Non- Exclusive Sexual Orientations. *Sociology.* 2017; 51(5): 975-91.
33. McDonald C, Martinez K. Victims’ Retrospective Explanations of Sibling Sexual Violence. *J Child Sex Abus.* 2017; 26(2): 874-88.
34. Merlyn MF, Jayo L, Ortiz D, Moreta-Herrera R. Consumo de pornografía y su impacto en actitudes y conductas en estudiantes universitarios ecuatorianos. *Psicodebate.* 2020; 20(2): 59-76.
35. Mubin NAA, Muhamad H. Why do men rape? Male Prisoners’ viewpoints through a feminist’s review. *Pertanika J Soc Sci Humanit.* 2020; 28(4): 3187-206.
36. Park BY, Wilson G, Berger J, Christman M, Reina B, Bishop F et al. Is internet pornography causing sexual dysfunctions? A review with clinical reports. *J Appl Behav Sci.* 2016; 6(17): 2-25.
37. Perovano C, de Oliveira P, Martins V, García A, Araujo Z. Atitudes de jovens frente à pornografia e suas consequências. *Psico-Universidad de San Francisco.* 2019; 24(1): 131-44. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/psuf/v24n1/2175-3563-psuf-24-01-131.pdf>
38. Raine GA, Khouja C, Scott R, Wright K, Sowden AJ. Pornography use and sexting 2021 amongst children and young people: a systematic overview of reviews. *Syst Rev.* 2020; 9(1): 283-96.
39. Rengifo MJ. La Pornografía en la obra de Andrea Dworkin: mujer y desconexión moral. *Revista Humanidades.* 2018; 8(2): 1-34. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6523086.pdf>
40. Rodríguez-Castro Y, Martínez-Román R, Alonso-Ruido P, Adá-Lameiras A, Carrera-Fernández MV. Intimate Partner Cyberstalking, Sexism, Pornography, and Sexting in Adolescents: New Challenges for Sex Education. *Int J Environ Res Public Health.* 2021; 18(4): 2181-96.
41. Rostad WL, Gittins-Stone D, Huntington C, Rizzo CJ, Pearlman D, Orchowski L. The Association Between Exposure to Violent Pornography and Teen Dating Violence in Grade 10 High School Students. *Arch Sex Behav.* 2019; 48(7): 2137-47.
42. Shallo SA, Mengesha WW. Exposure to Sexually Explicit Materials and Its Association with Sexual Behaviors of Ambo University Undergraduate Students, 2018. *Ethiop J Health Sci.* 2019; 29(4): 461-70.
43. Siria S, Echeburúa E, Amor PJ. Characteristics and risk factors in juvenile sexual offenders. *Psicothema.* 2020; 32(3): 314-21. Disponible en: <http://www.psicothema.com/pdf/4607.pdf>
44. Stewart RS. Is Feminist Porn Possible?. *Sex Cult.* 2019; 23, 254-70. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s12119-018-9553-z>
45. Szil P. En manos de hombres: pornografía, trata, prostitución. *Atlánticas. Rev Estud Fem.* 2018; 3(1): 113-35. Disponible en: <http://revistas.udc.es/index.php/ATL/article/view/arief.2018.3.1.3081>
46. Tranchese A, Sugiura L. “I Don’t Hate All Women, Just Those Stuck-Up Bitches”: How Incels and Mainstream Pornography Speak the Same Extreme Language of Misogyny. *VAW.* 2021; 27(14): 2709-34.
47. Txetxu A. Otra política visual de la representación sexual: el porno feminista de Erika Lust. *Pasavento: revista de estudios hispánicos,* 2018; 6(1): 43-60. Disponible en: <http://hdl.handle.net/10017/32367>
48. Willoughby BJ, Carroll JS, Busby DM, Brown CC. Differences in Pornography Use Among Couples: Associations with Satisfaction, Stability, and Relationship Processes. *Arch Sex Behav.* 2016; 45(1):145-58.
49. Ybarra ML, Thompson RE. Predicting the Emergence of Sexual Violence in Adolescence. *Prev Sci,* 2018; 19(4), 403-15.
50. Marie-France M, Liliana J, Doris O, Moreta-Herrera R. Consumo de pornografía y su impacto en actitudes y conductas en estudiantes universitarios ecuatorianos. *Psicodebate.* 2020; 20(2): 59-76. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/7682195.pdf>
51. Cobo R. Introducción. Pornografía y prostitución en el orden patriarcal: perspectivas abolicionistas. *OSLS.* 2019; 9(1): 1–5. Disponible en: <https://doi.org/10.35295/osls.iisl/0000-0000-0000-1000>
52. Farley M, Donevan M. Reconectando la Pornografía, la Prostitución y la Trata: “La experiencia de estar en la pornografía fue como ser destruida y atropellada una y otra vez”. *Atlánticas. Rev. Estud. Fem.* 2021; 6(1): 30-66. Disponible en: <https://doi.org/10.17979/arief.2021.6.1.7312>

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Muñoz-Fernández M, Iglesias-Rosado B, Roldán-Antúnez V. Influencia de la pornografía desde una perspectiva de género: una revisión bibliográfica. *Hygia de Enfermería.* 2024; 41(1): 29-36

Enfermería militar española: una visión actualizada

Spanish military nursing: an updated vision

María Collantes de Terán Doñoro^A y José Miguel Pérez Jiménez^B

^A Acuartelamiento Cabo Noval. Siero. Asturias.

^B Institute of Biomedicine of Seville (IBiS). Department of Nursing. Schools of Nursing, Physiotherapy and Podiatry. University of Seville. University Hospital Virgen Macarena, Sevilla, Spain. Research Group CTS 969 "Innovation in HealthCare and Social Determinants of Health". Seville, Spain.

RESUMEN

Introducción: Desde 1704 se tiene constancia de la figura del practicante en el ámbito castrense, aunque se haya visto sometida a numerosos cambios en cuanto a reglamento, funciones, títulos y empleo. Actualmente en España, existe una enfermera en cualquier lugar del mundo donde se haya desplegado un contingente militar español.

Objetivo: Conocer el papel en la actualidad de la enfermería militar en España y su recorrido histórico.

Metodología: Las bases de datos principalmente utilizadas para la búsqueda bibliográfica han sido Dialnet plus, Cuiden plus y PubMed. Aunque también se realizaron búsquedas en el Instituto Español de Estudios Estratégicos (IEEE) y páginas webs oficiales.

Resultados: Se obtuvieron un total de 18 artículos, los cuales dividimos en 3 categorías: publicaciones sobre alguna enfermera en concreto, y sus aportaciones a la enfermería desde el ámbito castrense o alrededor de un conflicto bélico; las que muestran la profesión de enfermería asociada al ejército a lo largo de la historia, o en un período concreto; y aquellas que incluyen aspectos y evolución de la enfermería militar en los últimos tiempos.

Conclusiones: La enfermería militar, ha evolucionado de manera considerable en todos sus campos de acción. La mujer, ha tenido un papel muy importante en la evolución práctica y teórica de este oficio. Dentro del mundo militar, al igual que acontece en el civil, la enfermera está relegada a un segundo estamento, ya que el cuerpo de enfermeras no puede optar ni a Coronel ni a General. Las infraestructuras militares no sirven únicamente como material en misiones operativas castrenses, sino que también son utilizadas para la mejora, en momentos de necesidad, de las infraestructuras civiles ya existentes.

PALABRAS CLAVE

enfermería militar, enfermería militar/historia, enfermería militar/legislación y jurisprudencia, enfermería militar/organización y administración, España

ABSTRACT

Introduction: Since 1704, the figure of the practitioner has been recorded in the military sphere, although it has been subject to numerous changes in terms of regulations, functions, titles and employment. Nowadays in Spain, there is a military nurse anywhere in the world where a Spanish military contingent is deployed. There we find military nurses, dedicated to humanitarian aid for the local population.

Aim: To learn about the current role of military nursing in Spain and its historical background.

Methodology: The databases mainly used for the bibliographic search were Dialnet plus, Cuiden plus and PubMed. Although searches were also carried out in the Spanish Institute of Strategic Studies (IEEE), Google Scholar and official websites.

Results: After submitting the articles to the established exclusion criteria, we obtained a total of 18 articles, which we divided into 3 categories: publications that talk about a specific nurse and his or her contributions to nursing in the military field or around a military conflict; those that show the nursing profession associated with the army throughout history, or in a specific period; and those that include aspects and evolution of military nursing in recent times

Conclusions: Military nursing, intrinsically linked to civilian nursing, has evolved considerably in all its fields of action. Women have played a very important role in the practical and theoretical evolution of this profession. In the military world, as in the civilian world, nursing is relegated to a second rank, as the nursing corps cannot be promoted to Colonel or General. Military infrastructures do not only serve as material for military operational missions, but are also used to improve existing civilian infrastructures in times of need.

KEYWORDS

military nursing, military nursing/history, military nursing/legislation and jurisprudence, military nursing/organization and administration, Spain

Tabla 1. Resumen de búsquedas y resultados.

BASES DE DATOS	ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA	N.º DE ARTÍCULOS
PubMed	("Military Nursing/history"[Mesh] OR "Military Nursing/legislation and jurisprudence"[Mesh] OR "Military Nursing/organization and administration"[Mesh])	978
Dialnet plus	"enfermeria militar" OR (enfermer* AND (ejercito OR milicia OR militar*))	146
CUIDEN plus	"enfermeria militar" OR ((enfermeria OR enfermero OR enfermera) AND (ejercito OR milicia OR militar)) AND (españa OR español)	208
IEEE	sanidad militar	393

Fuente: Elaboración propia.

INTRODUCCIÓN

Este trabajo tiene como finalidad recopilar toda la información publicada en los últimos cinco años acerca de la enfermería militar en España, para conocer su historia, así como su función en la actualidad. La Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) confirma que: "La Enfermería Militar es una gran desconocida para la mayoría de nuestros compañeros de profesión"¹, es necesario conocer cómo surge este cuerpo dentro de las Fuerzas Armadas (FAS) españolas, cómo se desarrolla la enfermería militar a lo largo de los años conforme a su homóloga en el ámbito civil, y cómo ésta se estructura en la actualidad.

La Enfermería Militar es, como su propio nombre indica, el desarrollo de las funciones propias de la enfermería en el ámbito militar. Esta Especialidad, se encuentra integrada en el Cuerpo Militar de Sanidad (CMS) de los Cuerpos Comunes (CC), nombre que recibe el cuerpo integrado por el personal sanitario del ejército, tras la unificación de los Cuerpos de Sanidad de los tres Ejércitos en 1989. Este cuerpo se compone de las especialidades de Medicina, Enfermería, Farmacia, Veterinaria, Odontología y Psicología, los cuales antiguamente estaban desdoblados en cada ejército. Es decir, cada uno contaba con sus propias enfermeras, jurídicos y demás especialistas que actualmente conforman los CC. Actualmente, una enfermera militar puede trabajar para las distintas unidades del Ejército de Tierra (ET), de la Armada (ARM), del Ejército del Aire (EA), de la Unidad Militar de Emergencias (UME) o del Órgano Central y la Guardia Civil (GC) indistintamente². Las funciones de estas, abarcan: la asistencia facultativa, la docencia, la dirección de las unidades hospitalarias, la colaboración en tareas preventivas, la asistencia a las bajas sanitarias, la participación en protección en ambiente nuclear, biológico y químico, y la investigación. La diferencia más destacable con respecto a la enfermería civil es la función logística operativa, es decir, la participación en misiones tanto a nivel nacional como en el extranjero³.

Así como se han dado numerosos avances tecnológicos y armamentísticos⁴, en la sanidad también se han llevado a cabo innovaciones creativas, que han fomentado su desarrollo. Como

ocurrió durante los primeros meses de la Guerra Civil española, cuando la necesidad de establecer una infraestructura médica militar condujo a la creación de clínicas operativas móviles y del servicio de sangre móvil, que además fueron imitadas durante la Segunda Guerra Mundial⁵. De igual manera, la enfermería se ha visto abocada al cambio con el fin de adaptarse a los tiempos y dificultades. Así sucedió con Florence Nightingale, quien durante la Guerra de Crimea consiguió, mediante su trabajo con los soldados heridos y sus precarias condiciones, numerosos estudios y avances que dieron prestigio y visibilidad al oficio. Es debido a sus numerosas aportaciones en este campo, que se la considera precursora de la enfermería moderna⁶.

Tarilont en su artículo para la Revista Española de Defensa, refiere que, actualmente en España se puede afirmar que existe una enfermera allí donde se haya producido una catástrofe natural devastadora o se haya desplegado un contingente militar español. Se les distingue por la característica Cruz de Malta, emblema que desde 1931 identifica a este cuerpo, y como señaló en alguna ocasión el general médico Luis Hernández Ferrero, inspector general de Sanidad de la Defensa, este cuerpo representa la "cordura en medio del desatino de un enfrentamiento humano"⁷.

Con todo lo expuesto, el objetivo general que se formuló para este trabajo fue el de: Conocer el papel en la actualidad de la enfermería militar en España y su recorrido histórico. Otros objetivos específicos fueron: Explicar el origen de la enfermería militar. Conocer la labor de enfermeras reconocidas y los avances que contribuyeron al desarrollo de la enfermería castrense. Visibilizar el papel del colectivo enfermero en el ejército.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica sobre las funciones de los profesionales de enfermería en el ámbito militar hasta la actualidad. Las bases de datos principalmente utilizadas para la búsqueda bibliográfica han sido Dialnet plus, Cuiden plus y PubMed. También se realizaron búsquedas en el Instituto Español de Estudios Estratégicos (IEEE) y páginas webs oficiales.

Tabla 2. Criterios de inclusión y exclusión.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
Que hagan referencia a la sanidad militar y/o a alguna enfermera militar	Publicados en un margen superior a 5 años (excepto para introducción histórica)
En lengua castellana y/o inglesa	Documentos duplicados
Centrados en la enfermería militar española	No accesibles a texto completo ni resumen

Fuente: Elaboración propia.

En cuanto a la búsqueda en la base de datos PubMed, se realizó en términos MeSH mediante la estrategia: (“Military Nursing/history”[Mesh] OR “Military Nursing/legislation and jurisprudence”[Mesh] OR “Military Nursing/organization and administration”[Mesh]), en la cual se obtuvieron 978 resultados.

Para la base de datos Dialnet plus, se utilizó la siguiente estrategia de búsqueda: “enfermeria militar” OR (enfermer* AND (ejercito OR milicia OR militar*)), para la que se obtuvieron 146 resultados. En la base de datos CUIDEN plus, se usó de la siguiente estrategia: “enfermeria militar” OR ((enfermeria OR enfermero OR enfermera) AND (ejercito OR milicia OR militar)) AND (españa OR español), cuyo resultado fue de 208 artículos.

Debido a la escasa información referente a la enfermería militar en los artículos encontrados, se realiza una última búsqueda en el Instituto Español de Estudios Estratégicos (IEEE), revista científica de referencia en los estudios de seguridad y defensa de naturaleza castrense. Se realizó de nuevo una estrategia de búsqueda muy amplia (“sanidad militar”) para obtener el mayor número de resultados relacionados con el tema en cuestión. Se obtienen de esta forma, 393 artículos. En la Tabla 1, se muestran de manera simplificada, las bases de datos, estrategias de búsqueda, y resultados obtenidos para las búsquedas realizadas:

Todos los artículos fueron sometidos a los criterios de inclusión y exclusión, que se muestran en la Tabla 2. En aplicación de los criterios que aparecen en la Tabla 2, se acotaron las búsquedas a todos los artículos publicados entre 2017 y 2022. Tras la exclusión de las publicaciones que no siguieron los criterios mencionados (publicación en los últimos cinco años, texto completo, idioma español/inglés, así como los excluidos por duplicación, en base al título y tras lectura de resumen), se obtuvieron un total de 18 artículos para las 4 bases de datos mencionadas.

RESULTADOS

Como se muestra en la Figura 1, inicialmente se partió de 1.725 artículos, que, tras someterlos a los distintos criterios de exclusión, se obtuvieron finalmente un total de 18 artículos. A continuación, se realizó una categorización temática mediante clasificación y síntesis de estos (Tabla 3). En dicha tabla, se muestran en amarillo, las publicaciones que versan en concreto, de alguna enfermera y sus aportaciones a la enfermería

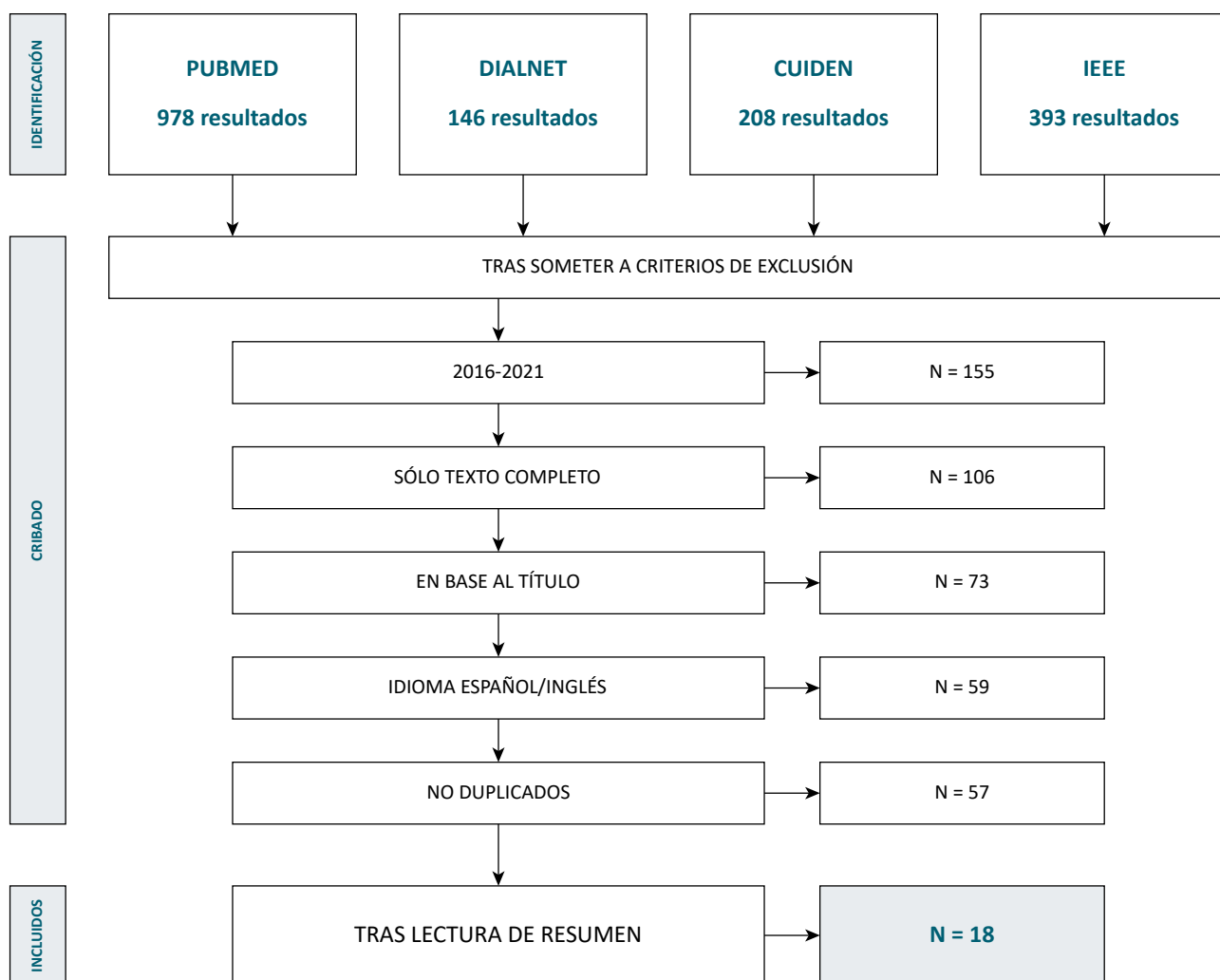
desde el ámbito castrense o alrededor de un conflicto bélico; en azul, las que muestran la profesión de enfermería asociada al ejército a lo largo de la historia, o en un período en concreto; y en verde, aquellas que incluyen aspectos y evolución de la enfermería militar en los últimos tiempos. En la tabla aparecen el cuartil y el factor de impacto o SJR para cada revista. Tras la clasificación de revistas en base a su SJR, se obtienen cuatro cuartiles: Q1 representa las revistas con los valores más altos, Q2 los segundos valores más altos, Q3 los terceros valores más altos y Q4 los valores más bajos.

Con el fin de responder a los objetivos planteados mediante la información obtenida en nuestros resultados de búsqueda, se estructuró la discusión en tres categorías: “enfermeras” (haciendo mención a aquellas que aportaron importantes avances a la enfermería castrense y por ende, a la civil de su época), “historia” (haciendo un recorrido por los conflictos que se mencionan en los artículos, y ver la evolución del oficio), y “actualidad” (para aquellas publicaciones que hablen de la enfermería militar en los últimos tiempos).

ENFERMERAS

Como bien dice Strickler: “Para que cualquier profesión avance, es importante recordar las contribuciones realizadas por quienes construyeron sus cimientos”⁶. Una de las primeras enfermeras precursoras de este tema es la famosa Florence Nightingale, conocida en el mundo de la enfermería como “la dama de la lámpara” y considerada precursora de la enfermería moderna. Es enviada al mando de 38 enfermeras al Hospital militar de Barrack, en Scutari, durante la Guerra de Crimea (1853- 1856), con la misión de mejorar las condiciones en las que allí se encontraban los soldados británicos. Consiguieron, mediante la aplicación de cuidados enfermeros basados en la limpieza, orden y ventilación, reducir la mortalidad de los soldados del 43% al 2% en 6 meses. Esto le llevó a recopilar y analizar datos estadísticamente, para poder justificar cambios en las políticas y protocolos con el fin de mejorar las condiciones sanitarias que hasta entonces existían. Sus estudios realizados durante el conflicto bélico a los soldados heridos y enfermos, la convirtió en la primera mujer miembro de la Sociedad de Estadística de Londres, y miembro honorario de la Asociación Estadounidense de Estadística. Creó una escuela para formación de enfermeras en el Hospital St. Thomas de Londres, y realizó numerosas publicaciones. Su trabajo, basado en la visión

Figura 1. Diagrama de flujo con relación a los resultados de búsqueda obtenidos.



Fuente: Elaboración propia.

holística y centrada en el paciente, así como en la estadística, le llevaron a establecer las primeras prácticas basadas en la evidencia, lo que la convirtieron en la importante figura que hoy es para la profesión enfermera. Es por su ejemplo, su lucha y sus aportaciones hechas a la enfermería, aunque no como militar pero sí en un ámbito castrense, lo que hace importante su mención en este trabajo⁶.

Pedraz Marcos, García Perea y Palmar Santos, confirman la historia de Nightingale durante la Guerra de Crimea, por la que fue considerada una heroína, además de obtener importantes donaciones económicas que le permitirían más adelante, continuar con su labor⁸.

En una segunda entrega de esta serie sobre los pioneros de la enfermería, Striker nos habla de Clara Barton, quien comenzó su labor de enfermera curando a los soldados en el campo de batalla durante la llamada Guerra de Secesión o Guerra Civil Americana (1861- 1865)⁹.

Nos trasladamos desde el mismo continente, a 1941, cuando Japón bombardea Pearl Harbor, momento en el que Estados Unidos entra en la Segunda Guerra Mundial. Ringos Beach y White, escriben sobre Alene Duerk, enfermera titulada que, al

comienzo de la Guerra, se alistó en la Marina, y a sus 25 años, fue asignada para servir a bordo del USS Benevolence, uno de los grandes barcos hospital de la Armada Americana. Duerk, junto al resto de sanitarios del barco, rescataron a cientos de prisioneros de guerra, liberados tras los bombardeos de Hiroshima y Nagasaki¹⁰.

Hacemos una breve mención al artículo publicado en la revista Nursing Outlook por Jennings, en el que se resalta la contribución de tres enfermeras americanas a la investigación en enfermería militar. Siendo Harriet H. Werley (1914-2002), la más conocida de las tres por considerarse precursora de la investigación en enfermería militar. Werley fue enfermera militar durante la Segunda Guerra Mundial, asignada a trabajar como única enfermera en un equipo interdisciplinario en el Departamento de Estudios de Víctimas Atómicas en el Instituto de Investigación del Ejército Walter Reed (WRAIR), donde estableció el primer programa de investigación en enfermería clínica. A la capitana Phyllis J. Verhonick (1922-1977), se la nombra como responsable de "la reputación internacional del Departamento de Enfermería de WRAIR como líder en la investigación clínica en enfermería"; precursora en el estudio de las upp (ulceras por presión) y el cuidado de la piel. Se hace por último mención de Karen Rieder, también capitana

enfermera, que se centró en la capacidad de las enfermeras para evaluar los problemas de los pacientes. Desarrolló uno de los primeros sistemas de clasificación de pacientes y dotación de personal¹¹.

Para concluir este apartado y como no podía ser de otro modo, cabe mencionar la figura de una enfermera natural de nuestra tierra, como lo es Mercedes Milá Nolla, nacida en Barcelona. Enfermera militar española que alcanzó gran importancia durante la Segunda República y la Guerra Civil. Al finalizar la guerra, Milá mandaba sobre 15.308 enfermeras, el 58,8% más de sus efectivos iniciales. Gracias al trabajo de gestión realizado por Mercedes Milá Nolla, se organizó la función asistencial de las enfermeras¹².

HISTORIA

La primera pista acerca de los orígenes de la enfermería militar en España, nos la trae García Cubillana, que realiza un ejercicio de retrospectiva llegando hasta 1704, fecha en la que se definen las plantillas del Cuerpo de Cirujanos Militares, donde ya aparece la figura del practicante de cirugía, que, junto al resto del equipo sanitario, eran destinados a regimientos y hospitales militares. Dando un salto a 1846, nos trasladamos al momento en el que se promulgó el Primer Reglamento del Cuerpo de Sanidad Militar, en el cual, se disponía la creación de dos escalas: médicos y farmacéuticos. Aunque los practicantes no figuraban en una sección específica, podían encontrarse recogidos en el desarrollo de la norma como “provisionales”, con la consideración de sargento primero. Dos años más tarde, en 1848, este Cuerpo de Médicos Cirujanos pasa a denominarse Cuerpo de Sanidad Militar, aunque hasta 1855 no quedan reguladas todas las profesiones sanitarias de este cuerpo de manera igualitaria, en la que al practicante no titulado se le otorgó el empleo de sargento, y al que acreditase el título de bachiller, el de subteniente. Debido a la importancia de la formación para llevar a la práctica el ejercicio de la profesión cabe destacar, la aparición de la Ley Moyano en 1857, que determina los conocimientos teóricos exigidos para obtener el título de practicante y de matrona. Este autor además menciona la Guerra de África (1859-1860), la cual afirma supuso un punto de inflexión en la Sanidad Militar española, pues permitió que fuera transmisora de muchos avances en el ámbito de la anestesia, la asepsia-antisepsia (higiene) y las transfusiones sanguíneas²⁰. Ese mismo año (1860), es cuando Florence Nightingale abre su primera escuela de enfermería en el St. Thomas' Hospital y King's College de Londres, aproximadamente mismo periodo en el que surge el movimiento internacional de Cruz Roja. Entidad que hasta 1864 no se fundó en España, y la cual, se encargaba de fomentar la formación sanitaria para todas aquellas personas que prestasen cuidados a los heridos en conflictos armados¹³.

Aparece en 1870 la otra rama que podríamos considerar da origen a la enfermería. Es la Comunidad de Religiosas de la Caridad de San Vicente de Paul, que se estableció en el Hospital Militar de San Carlos, en San Fernando (Cádiz), en el que se dedicaron a la gobernanza y las tareas que el resto del personal rechazaba; como lo era el cuidado de soldados que habían contraído tuberculosis, siendo un periodo en el que la mortalidad por dicha enfermedad hacía estragos en la población militar. El trabajo de las religiosas fue tan satisfactorio, que pronto se extendió a otros hospitales españoles castrenses, entre ellos, el Hospital de la Armada en Cañacao (Filipinas) en 1875¹⁴.

Es en 1898 que España pierde sus colonias en Ultramar. Los médicos y practicantes de la Armada se vieron obligados a trabajar a bordo de los buques acorazados en penosas condiciones; siendo la escasa ventilación, poca luminosidad y elevada exposición al plomo, las condiciones perfectas para la creación de un caldo de cultivo de múltiples enfermedades. Durante las singladuras oceánicas, los practicantes fueron adiestrados a la dotación en los cuidados de socorro, fundamentalmente en las curas oclusivas de urgencia, e idearon artilugios que sirvieron de compresores hemostáticos. En los inicios del nuevo siglo, los hospitales militares iniciaron la instalación de gabinetes de Bacteriología, Micrografía y Análisis Clínicos, de Radiología y Electroterapia, en los que estuvieron asignados practicantes y hermanas de la Caridad¹⁴.

Pando Despierto, da un repunte en la historia, ensalzando la labor de las enfermeras en los días de guerra entre las fuerzas españolas y rifeñas, a lo largo de 1925 y 1926. Pando Despierto (2017) habla de la mujer como un elemento purificador. Fuese dama enfermera, monja de la Caridad o sierva de María [...] su función no consistía solo en sanar los cuerpos, sino también rehabilitar confianzas discapacitadas o risas extintas sin razón clínica explícita. Su fórmula, sencilla: todos afuera, que luce un sol que da gloria y nos harán fotos (p.115)¹².

La caótica situación que supuso la Guerra Civil Española (1936-1939), provocó una descompensada situación, dejando a las enfermeras en considerable inferioridad con respecto a la demanda que el conflicto generaba. La enorme falta de enfermeras capacitadas dio lugar a la creación de cursillos de formación de enfermeras de guerra, que se impartieron en ambos bandos para voluntarias. El lado republicano ofreció su formación a través de sindicatos y organizaciones de mujeres, mientras que el bando nacionalista preparó enfermeras militares. La Cruz Roja capacitó a enfermeras en ambos lados del conflicto. Esto dio lugar a la aparición de tres tipos de enfermeras españolas: enfermeras tituladas, enfermeras con “títulos de guerra” (aquellas que se sometían a la formación comentada), y auxiliares o auxiliares de enfermería (sin formación)⁵.

Dios-Aguado aclara, denominando a las enfermeras formadas y tituladas en el frente popular como: enfermeras de guerra, de campaña y militares; mientras que en el bando sublevado encontramos: enfermeras y damas voluntarias. Concluye denominando a las enfermeras en ambos bandos formadas por la Cruz Roja: damas enfermeras¹³.

Aquellas enfermeras que prestaban sus servicios en los hospitales militares tenían el deber y la obligación de trabajar bajo la autoridad de la Madre Superiora, pues las religiosas eran las encargadas de distribuir el trabajo en los hospitales, organizar la asistencia de los enfermos y la contratación del personal; además de trabajar bajo la dirección de la enfermera jefe, puesto que ocupaban las enfermeras profesionales. Estas, tenían como función organizar el trabajo, anotar las prescripciones, órdenes médicas y a parte se encargaban de las curas, poner inyecciones intravenosas e instrumentar en el quirófano. Por su parte el bando republicano contó con la ayuda de enfermeras pertenecientes a la Brigada Internacional de Voluntarios, que, desde organizaciones prodemocráticas de izquierda y sindicalistas de todo el mundo, reclutaron para defender al gobierno republicano. Contaron con peor gestión hospitalaria y condiciones de higiene; pues en su gran mayoría, los militares apoyaron la causa nacionalista, y su organización y equipo médico se hallaban en el otro bando⁵.

Tabla 3. Tabla de análisis y síntesis de la información encontrada.

ARTÍCULO	REVISTA	AÑO	TEMA	OBJETIVO	FACTOR DE IMPACTO	CUARTIL
The Nurses No-One Remembers: Looking for Spanish Nurses in Accounts of the Spanish Civil War (1936-1939)	NURSING HISTORY REVIEW	2019	Historia. Enfermeras españolas en la Guerra Civil (1936- 1939).	Examinar la historia de la enfermería española (bando republicano) desaparecida, de los relatos de los voluntarios internacionales durante la Guerra Civil.	103	Q4
Clara Barton: Angel of the battlefield	Nursing	2018	Historia. Enfermera americana en la Guerra de Secesión (1861-1865) y Guerra franco-prusiana (1870-1871).	Conocer historia y aportaciones a la enfermería de una enfermera americana.	--	--
El almirante es una dama: Alene Duerk, RN	Nursing	2019	Historia. Enfermera americana en la Segunda Guerra Mundial (1.939- 1.945) y Guerra de Corea (1.950- 1.953).	Destacar sus logros como enfermera y líder militar.	--	--
Twenty-five years of the TriService Nursing Research	NURSING OUTLOOK	2017	Historia. Enfermeras militares americanas que	Reconocer sus méritos para con la enfermería desde el ámbito castrense.	0,953	Q1
Program: Standing on the shoulders of giants	Nursing	2017	contribuyeron en la investigación. (Harriet H. Werley, Phyllis J. Verhonic y Karen Rieder).	Dar a conocer la historia y contribuciones a la profesión, de la precursora de la enfermería moderna.	--	--
Florence Nightingale: Lighting the way for the future of nursing			Historia. Enfermera británica en la Guerra de Crimea.			
La Enfermería Militar Española en la época de Florence Nightingale (1820- 1910)	Cultura de los cuidados: Revista de Enfermería y Humanidades	2021	Historia. Enfermería Militar Española desde el s. XV hasta inicios del XX.	Conocer la trayectoria y los avances en la Enfermería Militar en España.	197	Q1
Las carlistas en los años 30: ¿De ángeles del hogar a modernas Amazonas?	Revista Universitaria de Historia Militar (RUHM)	2018	Historia. Mujeres carlistas (Las Margaritas) se organizan como enfermeras entre 1.933 y 1.936 (comienzo de la Guerra Civil).	Analizar el papel que desarrollaron las mujeres carlistas en la escena política y bélica de los años 30.	--	--
Mujeres (nacionalistas) del frente: Espacio y género en la guerra civil española	Revista Universitaria de Historia Militar (RUHM)	2018	Historia. Mujeres de La Sección Femenina en la Guerra Civil española (1.933- 1.936).	Analizar el papel que desarrollaron las mujeres de la SF durante la Guerra Civil.	--	--
Enfermeras de malheridos ejércitos, hermanas de fe y alegrías	Revista Ejército	2017	Historia. Enfermeras en la segunda república y guerra civil.	Destacar el papel de algunas enfermeras (religiosas y laicas) en este periodo, así como la figura de Mercedes Milá Nolla.	--	--

(CONTINÚA EN LA PÁGINA SIGUIENTE)

ARTÍCULO	REVISTA	AÑO	TEMA	OBJETIVO	FACTOR DE IMPACTO	CUARTIL
Relevancia de la mujer en el bando nacional de la Guerra Civil española: las enfermeras	Memoria y civilización: anuario de historia	2016	Historia. Enfermeras nacionalistas en la Guerra Civil.	Narrar el papel de las enfermeras del bando nacional durante la Guerra Civil, destacando la figura de Mercedes Milá.	0,131	Q2
50 años de la participación española en la Guerra de Vietnam	Armas y Cuerpos	2016	Historia.	Desarrollar la participación de la Sanidad Militar Española en su primera misión de ayuda humanitaria.	--	--
Florence Nightingale y los corresponsales de The Times en la Guerra de Crimea	TEMPERAMENTM Revista Internacional de historia y pensamiento enfermero.	2020	Historia. Florence Nightingale en la Guerra de Crimea (1.855)	Documentar la actividad de Florence Nightingale en la Guerra de Crimea, a través de fuentes hemerográficas y epistolares.	--	--
Enfermería durante la guerra civil española y su posguerra (1936-1949): olvido e inhabilitación	Referència: Revista de enfermagem	2020	Historia. Enfermería en la Guerra Civil y posguerra española.	Analizar la influencia sanitaria durante la Guerra Civil y la posguerra española.	0,13	Q4
Oficios relacionados con los cuidados de Enfermería en la Sanidad Militar durante la Guerra Civil española (1936-1939)	PARANINFO DIGITAL	2016	Historia. Funciones de enfermería y oficios relacionados durante la Guerra Civil.	Indagar las denominaciones y funciones principales de los cuidadores no profesionales integrados en la Sanidad Militar durante la Guerra Civil española (1936-1939)	--	--
La primera USANEM (Unidad Sanitaria Embarcada) de la historia de la Sanidad Militar Española	PARANINFO DIGITAL	2016	Actualidad.	Narrar la creación de la primera USANEM, sus funciones, y su importancia en las misiones.	--	--
Análisis descriptivo de la enfermería a través de la historia del Hospital San Carlos	PARANINFO DIGITAL	2016	Historia y actualidad.	Exponer la situación y avances en la enfermería militar en su paso por el Hospital San Carlos.	--	--
Capacidades sanitarias especializadas en escenarios bio	Instituto Español de Estudios Estratégicos (IEEE)	2020	Actualidad. Actuación de las FFAA ante amenazas y situaciones NBQ.	Destacar las aportaciones de la Sanidad Militar Española en escenarios NBQ.	--	--
Asistencia de salud en peligro. La protección de la misión médica y medios sanitarios en conflictos armados actuales	Instituto Español de Estudios Estratégicos (IEEE)	2018	Actualidad.	Desarrollar las misiones internacionales y nacionales del Cuerpo Militar de Sanidad.	--	--

Fuente: Elaboración propia.

López Vallecillo concluye su artículo resaltando el importante papel que llevaron a cabo las enfermeras nacionales durante la Guerra Civil, pues su participación en el conflicto contribuyó a la consolidación de la Enfermería como profesión gracias al trabajo que desempeñaron. Recibieron las mismas medallas que recibían generales, jefes, oficiales y soldados por sus méritos en la batalla. Se les otorgó la Cruz Roja al Mérito Militar, la Medalla de Campaña, la Medalla de Sufrimientos y ocasionalmente la Cruz de Guerra, concedida por excepcionales méritos al personal que destacó por su labor¹⁵.

Finalmente, damos un salto en la historia hasta 1965, momento en el que el presidente Johnson pide ayuda a Franco para conseguir apoyo por parte de España en la llamada Guerra de Vietnam, pero este se negó a enviar tropas. En su defecto, accedió a participar en el conflicto enviando un contingente sanitario, formado por un equipo exclusivamente castrense en una misión de sanidad militar de carácter humanitario¹⁶.

ACTUALIDAD

En base a la “Real Expedición Filantrópica de la Vacuna” que se llevó a cabo por sanitarios de la Armada en el siglo XIX, con el fin de llevar la vacuna de la viruela a los territorios de ultramar, el ejército español comenzó a desarrollar planes y estrategias en respuesta a amenazas nucleares, biológicas y químicas (NBQ). Aunque tampoco debemos olvidar el papel de Isabel Zandal, enfermera que, aun siendo civil, participó en la expedición quedando al cuidado de los 22 niños vacuníferos, que viajaron a través del Atlántico y el Pacífico, desde las Canarias, hasta China. Las enfermeras militares han luchado contra las enfermedades y por la salud pública a lo largo de la historia, implicándose en la seguridad civil en temas sanitarios, ya sea referente a brotes de enfermedad de origen natural, como intencionados. Las Fuerzas Armadas colaboran en el ámbito civil, en la preparación del personal de emergencias, sanitarios o no, frente a incidentes NBQ. A nivel multinacional militar, la OTAN plantea la cooperación cívico-militar para hacer frente a la amenaza terrorista NBQ, basada en la prevención, protección y recuperación. Así como en la Revisión Estratégica de la Defensa 2004, se incluyeron las epidemias como riesgo sanitario que requería la colaboración de las Fuerzas Armadas, en la Revisión Estratégica de 2011, se incluyen las pandemias como uno de los riesgos de primer orden para la seguridad y el bienestar de los ciudadanos; desencadenando la respuesta del Sistema Nacional de Protección Civil y la Unidad Militar de Emergencias (UME), ante este tipo de situaciones¹⁷.

Manuel Cano Leal, actual Teniente Coronel Enfermero, nos cuenta cómo surgió la primera Unidad Sanitaria Embarcada (USANEM), nacida ante la necesidad de la Armada de contar con una unidad sanitaria de gran magnitud para posibles situaciones de crisis, ya sea bélica o a causa de un fenómeno natural. Ambas situaciones generan multitud de bajas (de variada etiología), destrucción de centros hospitalarios y de infraestructuras varias, haciéndose más complejo en zonas de costosa accesibilidad y carente de personal sanitario. En 1998, el Gobierno Español envió a las FFAA en misión de ayuda humanitaria a Centroamérica tras la destrucción provocada a gran escala por el huracán Mitch. La primera unidad creada, USANEM, se desplegó en el Buque Galicia, para los desplazamientos a los distintos lugares donde las autoridades locales les solicitaban. Esta creó las denominadas “Brigadas Médicas”, formadas por un sanitario de la zona (Médico o enfermera), un Oficial médico, un Oficial

enfermero y un soldado sanitario. Posteriormente, se han puesto en marcha USANEM en múltiples misiones de ayuda humanitaria, como en Irak, Indonesia, Somalia y diferentes misiones de casuística muy variada¹⁸.

Navarro Suay destaca también, la participación de las FFAA en la ayuda humanitaria prestada en Centroamérica tras el Huracán Mitch, así como el apoyo en otros desastres naturales como el Tsunami en Indonesia o los terremotos de Turquía, Pakistán y de Haití; aludiendo a la participación en otras misiones internacionales en el exterior como el conflicto del Golfo Pérsico, las guerras en los Balcanes, Irak o el Congo, la presencia de fuerzas navales en el mar Adriático y en el Océano Índico. En total más de 50 misiones en los últimos 40 años. Actualmente, miles de efectivos militares españoles se encuentran desplegados por todo el mundo, participando en misiones de la OTAN, ONU y Unión Europea, o formando parte de la coalición internacional frente al terrorismo, en misiones nacionales o de seguridad cooperativa. Estos despliegues cuentan con miembros de la Sanidad Militar que cumplen sus cometidos como militares y como sanitarios por igual, siendo ese el espíritu y esencia de los oficiales del Cuerpo Militar de Sanidad¹⁹.

Además de las USANEM, el ejército español cuenta con las MEDEVAC, aeroevacuaciones avanzadas, tácticas y estratégicas, que garantizan la estabilización y transporte de bajas, con los medios aéreos y técnicos precisos para una correcta estabilización y evacuación hasta centros sanitarios adecuados. Este tipo de evacuaciones se llevan a cabo tanto en territorio nacional como internacional. Actualmente, estos conocimientos de sanidad logístico-operativa, y la preparación técnica del personal están integradas en la formación continuada de los sanitarios militares españoles¹⁶.

CONCLUSIONES

Teniendo en cuenta la búsqueda realizada y los resultados obtenidos, podemos concluir:

- La enfermería militar, ligada intrínsecamente a la civil, ha evolucionado de manera considerable en todos sus campos de acción.
- La mujer, ha tenido un papel muy importante en la evolución práctica y teórica de este oficio.
- Dentro del mundo militar, al igual que acontece en el civil, la enfermera está relegada a un segundo estamento. Esto se ve claramente cuando el cuerpo de enfermeros no puede optar ni a coronel ni a General, los empleos más altos en la vida marcial, quedando relegados a Teniente Coronel como empleo máximo. No sucede así con el resto de los miembros de los Cuerpos Comunes en el ámbito sanitario. En el mundo civil, esto se traduce a las categorías funcionariales A1 y A2, siendo A1 médicos y demás personal sanitario graduado y A2 enfermeros, también graduados, pero con retribuciones salariales inferiores.
- Las infraestructuras militares no sirven únicamente como material en misiones operativas castrenses, sino que también son utilizadas para la mejora, en momentos de necesidad, de las infraestructuras civiles ya existentes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Beach, Patricia Ringos y Beth E. White. "El almirante es una dama: Alene Duerk, RN". *Enfermería* 2022 49.11 (2019): 45-48.
2. González Yanes, Jerónimo. "Historia de la enfermería en la defensa: Ejército de Tierra: regulación normativa y marco jurídico de funciones profesionales." Tenerife: J. González Yanes (2014): 36-7.
3. Martín, L. Enfermería militar por tierra mar y aire. *EnfermeríaTV*. (2020, 9 marzo). <https://enfermeriatv.es/es/trabajar-enfermeria-militar/>.
4. Espitia Cubillos, A. A., Agudelo Calderón, J. A., & Buitrago Suescún, S. Y. Innovaciones tecnológicas en las fuerzas militares de los países del mundo. *Revista Científica General José María Córdova*, 18(29), 2020. 213–235. <https://doi.org/10.21830/19006586.537>.
5. Nelson, S., Galbany-Estragués, P., & Gallego-Caminero, G. The Nurses No-One Remembers: Looking for Spanish Nurses in Accounts of the Spanish Civil War (1936– 1939). *Nursing History Review*, 28(1), 63–92. 2019. <https://doi.org/10.1891/1062-8061.28.63>.
6. Strickler J.. Florence Nightingale: Lighting the way for the future of nursing. *Nursing*, 47(12), 43–45. 2017. <https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000526887.95058.3b>.
7. Tarilont, E. Cinco siglos de SANIDAD MILITAR. *Revista Española de Defensa*, 38– 41. 2014. <https://www.defensa.gob.es/Galerias/gabinete/red/2014/red-308-cinco-siglos-sanidad- militar.pdf>.
8. Pedraz Marcos, A., García Perea, E., & Palmar Santos, A. M. Florence Nightingale y los corresponsales de The Times en la Guerra de Crimea. *Temperamentvm*, 16, 1–7. 2020. <http://ciberindex.com/index.php/t/article/view/e13164/e13164>.
9. Strickler J. Clara Barton: Angel of the battlefield. *Nursing*, 48(3), 43–45. 2018. <https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000529805.60418.26>.
10. Beach, P. R., & White, B. E. The admiral is a lady: Alene Duerk, RN. *Nursing* 2022, 49(11), 45-48. 2019.
11. Hatzfeld, J. J., & Jennings, B. M. Twenty-five years of the TriService Nursing Research Program: Standing on the shoulders of giants. *Nursing outlook*, 65(5S), S1–S3. 2017. <https://doi.org/10.1016/j.outlook.2017.06.013>.
12. Pando Despierto, J. Enfermeras de malheridos ejércitos, hermanas de fe y alegrías. *Ejército de tierra español*, 919, 112–118. 2017. https://ejercito.defensa.gob.es/Galerias/multimedia/revista- ejercito/2017/919/accesible/Revista_Ejercito_Accesible.pdf.
13. Dios-Aguado, M., Gómez-Cantarino, S., Domínguez-Isabel, P., Chaves, M., & Queirós, P. Enfermería durante la guerra civil española y su posguerra (1936–1949): olvido e inhabilitación. *Revista de Enfermagem Referência*, V Série (No 2). 2020. <https://doi.org/10.12707/rv20019>.
14. García-Cubillana de la Cruz, J. M. La Enfermería Militar Española en la época de Florence Nightingale (1820–1910). *Cultura de los Cuidados*, 59-1. 2021. <https://doi.org/10.14198/cuid.2021.esp.03>.
15. López Vallecillo, M. Relevancia de la mujer en el bando nacional de la Guerra Civil española: las enfermeras. *Memoria y Civilización*, 19, 419–439. 2016. <https://doi.org/10.15581/001.19.419-439>.
16. Criado Gutiérrez, J. C. 50 años de la participación española en la Guerra de Vietnam. *Armas y Cuerpos*, 65–72. 2016. <https://publicaciones.defensa.gob.es/media/downloadable/files/links/r/e/revistaac133.pdf>.
17. Cique Moya, A. Capacidades sanitarias militares en la prevención y lucha frente a emergencias epidémicas. *Instituto Español de Estudios Estratégicos*, 1–46. 2020. http://www.ieee.es/Galerias/fichero/docs_informativos/2020/DIEEEI05_2020ALBCIQ_S anidadMilitar.pdf.
18. Cano Leal, M., García González, M., & Glicerio Conde Mora, F. La primera USANEM (Unidad Sanitaria Embarcada) de la historia de la Sanidad Militar Española. *PARANINFO DIGITAL*, 1–7. 2016. <http://www.index-f.com.us.debiblio.com/para/n25/pdf/144.pdf>.
19. Navarro, R. MISIONES EN EL EXTERIOR EN 2021 [Infografía]. *defensa.gob.es*. 2021. <https://www.defensa.gob.es/Galerias/gabinete/red/2021/01/infografia- misions-379.pdf>.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

De Terán Doñoro M, Pérez Jiménez JM. Enfermería militar española: una visión actualizada. *Hygia de Enfermería*. 2024; 41(1): 37-45

Píldoras en investigación enfermera: La Teoría Fundamentada

Pills on nursing research: Grounded Theory

Ana María Moltó Boluda

Enfermera de familia. UGC Dr. Pedro Vallina. Distrito Sanitario Sevilla.

“Más que buscar respuestas, necesitamos hacernos nuevas preguntas”

Joseph Joubert

“El secreto en la vida no es dar respuestas a viejas preguntas, sino hacernos nuevas preguntas para encontrar nuevos caminos”

Einstein

La teoría fundamentada también conocida como teoría fundamentada en los datos (Grounded Theory en inglés), es un enfoque de investigación cualitativa que busca desarrollar teorías a partir de los propios datos recopilados en el campo de estudio. Se basa en la observación y la entrevista, y utiliza un proceso de análisis sistemático para identificar patrones y conceptos emergentes. Es un enfoque flexible que permite el descubrimiento de nuevas teorías y conocimientos en diversas áreas de estudio, siendo desarrollada por los sociólogos Barney Glaser y Anselm Strauss a finales de la década de 1960¹.

A diferencia de otros enfoques de investigación que comienzan con teorías preexistentes y luego recopilan datos para confirmar o refutar esas teorías, la teoría fundamentada adopta un enfoque inductivo. Se basa en datos empíricos recopilados a través de la observación y la entrevista para generar teorías que sean “fundamentadas” en esos datos. Esto significa que las teorías emergen de los propios datos, en lugar de ser impuestas desde el principio.

Este proceso implica una serie de pasos interrelacionados. Comienza con la recopilación de datos a través de la observación participante, entrevistas o análisis de documentos relevantes. A medida que se recopilan los datos, la persona investigadora los analiza y codifica sistemáticamente para identificar patrones y conceptos emergentes. Esto implica la categorización y etiquetado de los datos en unidades significativas o verbatim². A medida que avanza el análisis, se desarrollan conceptos teóricos que se conectan entre sí en un marco teórico en evolución. Estos conceptos teóricos son generados y refinados a medida que se recopilan y analizan más datos. Se busca la saturación de los datos, es decir, el punto en el que ya no se obtienen nuevos conceptos o se encuentran relaciones teóricas adicionales³.

La teoría fundamentada junto con la fenomenología⁴ y la hermenéutica⁵ son los tres enfoques más comunes en la investigación cualitativa: Aunque comparten algunas similitudes, también tienen diferencias fundamentales en términos de metodología y objetivos.

Podríamos resumir que la fenomenología se enfoca en comprender la experiencia humana tal como es vivida, la hermenéutica se centra en la interpretación del significado en contextos culturales y lingüísticos, y la teoría fundamentada busca desarrollar teoría a partir de datos empíricos.

Hay que tener en cuenta que estos enfoques no son mutuamente excluyentes y pueden complementarse en la investigación cualitativa. Algunas personas investigadoras pueden utilizar elementos de los distintos enfoques según los objetivos y preguntas de investigación específicos.

El enfoque de la teoría fundamentada en la investigación cualitativa es altamente relevante y valioso en el campo de las ciencias sanitarias y en diversas áreas de investigación. Su importancia radica:

- Desarrollo de categorías y conceptos emergentes: Uno de los aspectos distintivos de la teoría fundamentada es su enfoque en el desarrollo de categorías y conceptos a partir de los datos, en lugar de imponer categorías predefinidas. Esto facilita la identificación de patrones y temas emergentes que pueden no haber sido previamente reconocidos. Nos acerca a nuevas preguntas.
- Flexibilidad y adaptabilidad: Este enfoque es altamente flexible y adaptable a una amplia gama de contextos y temas de investigación. No impone un marco teórico rígido, lo que lo hace adecuado para explorar cuestiones complejas y multifacéticas en áreas como la enfermería, sociología, la psicología, la antropología, la educación y muchas otras.
- Contextualización: La teoría fundamentada se enfoca en comprender los fenómenos en su ámbito natural. Esto permite a las personas investigadoras capturar la riqueza de la experiencia humana y considerar cómo los factores contextuales influyen en los procesos y resultados observados.
- Rigor metodológico: A pesar de su enfoque en la generación inductiva de teoría, la teoría fundamentada también pone un fuerte énfasis en el rigor metodológico. Las personas investigadoras deben seguir procedimientos sistemáticos para garantizar la validez y la confiabilidad de sus hallazgos.

FECHA DE RECEPCIÓN: 21/9/2023

FECHA DE ACEPTACIÓN: 6/10/2023

Correspondencia: Ana María Moltó Boluda
Correo electrónico: ana.maria.molto@icoes.es

Tabla 1.

INVESTIGACIÓN CUALITATIVA	FENOMENOLOGÍA	HERMENÉUTICA	TEORÍA FUNDAMENTADA
ENFOQUE	La fenomenología se centra en la descripción y el análisis de la experiencia consciente tal como se presenta directamente a la conciencia.	La hermenéutica se centra en la interpretación del significado en textos, obras de arte y otros fenómenos culturales o sociales.	La teoría fundamentada es un enfoque de investigación cualitativa que busca desarrollar teorías a partir de los datos recopilados durante la investigación.
OBJETIVO	Busca comprender la estructura y la esencia de la experiencia, explorando cómo se dan los fenómenos en la conciencia y cómo se relacionan entre sí.	Busca comprender cómo se construye y transmite el significado en diferentes contextos culturales e históricos, reconociendo la influencia de la perspectiva del intérprete.	Busca generar teorías inductivas y emergentes que estén fundamentadas en los propios datos y en la realidad de los sujetos estudiados.
MÉTODO	Emplea la reducción fenomenológica y el escepticismo filosófico para suspender los juicios y las presuposiciones, permitiendo una exploración imparcial de la experiencia.	Se basa en la interpretación contextual y subjetiva, y reconoce que el significado es una construcción influida por el contexto y la experiencia del intérprete.	Se basa en el análisis constante de los datos recopilados, codificándolos y categorizándolos para identificar patrones y relaciones.
EJEMPLO	La fenomenología puede ser utilizada para explorar la experiencia subjetiva de un fenómeno específico, como el dolor, intentando capturar la experiencia en su forma más objetiva.	La hermenéutica puede aplicarse para analizar cómo diferentes culturas interpretan y dan sentido a un mismo mito o práctica en el cuidado de la salud.	La teoría fundamentada puede ser utilizada para crear una teoría sobre cómo las personas experimentan y afrontan la pérdida de un ser querido o una enfermedad, basándose en entrevistas y datos recopilados.

— Investigación aplicada y transformadora⁶: La teoría fundamentada tiene aplicaciones prácticas en la toma de decisiones y el diseño de políticas. Las teorías generadas a partir de esta metodología pueden proporcionar una base sólida para el desarrollo de intervenciones, programas y políticas que aborden problemas sanitarios y mejoren la calidad de vida de las personas.

Más que buscar respuestas, necesitamos darnos cuenta de que a veces es hacer nuevas preguntas lo que nos lleva a un entendimiento más profundo sobre un tema de investigación.

“Necesitamos empezar a hacernos nuevas preguntas y hay que empezar a mirar en sitios diferentes y no donde siempre hemos mirado”

Mario Alonso Puig

Algunos ejemplos de trabajos de investigación cualitativa basados en la teoría fundamentada:

— Osorio-Parraguez P, Arteaga Aguirre C, Galaz Valderrama C, Piper-Shafir I. Consecuencias psicosociales de las medidas Covid-19 en mujeres mayores y madres trabajadoras en Chile. *Psicoperspectivas*. 2021 Nov 14;20(3).

En este estudio y desde una aproximación cualitativa, se trabajó con entrevistas semiestructuradas a mujeres madres trabajadoras y mujeres mayores y se llevó a cabo un análisis orientado por la teoría fundamentada. Los resultados muestran que las medidas COVID-19 produjeron diversas interrupciones en la vida cotidiana de ambos grupos de mujeres, especialmente en sus rutinas, usos de espacios y sus tiempos; la reconfiguración y reducción de sus redes sociales y de apoyo para enfrentar la crisis, y afectaciones corporales y emocionales producidas por la sobrecarga de diversas labores reproductivas, de cuidados y productivas. Concluimos que fueron las propias mujeres quienes generaron diversas estrategias para enfrentar la crisis vivida en pandemia, sin una actuación del Estado que atendiera las desigualdades de género y edad.

— Arreciado Marañón A. Identidad profesional enfermera: Construcción y desarrollo en los estudiantes durante su formación universitaria [Internet]. Universitat de Barcelona, editor. 2013. Disponible en: <https://diposit.ub.edu/dspace/handle/2445/49181>

El objetivo principal de esta investigación es conocer cómo se produce el proceso de construcción y desarrollo de la identidad profesional enfermera en los estudiantes de enfermería durante su formación universitaria. La aproximación metodológica es

cualitativa basada en la teoría fundamentada para desarrollar una teoría que explicara el proceso. Se llevaron a cabo entrevistas en profundidad y análisis de contenido.

— Marrujo-Pérez KJ, Berumen-Burciaga LV, Mejía-Mejía Y, Palacios-Ceña D. El significado de la hospitalización desde la mirada del cuidador: estudio cualitativo. *Enferm Clin*. 2016 Mar-Abr; 26(2):102-10

Estudio cualitativo con idea de conocer el significado de la hospitalización para el cuidador familiar del enfermo hospitalizado.

La recolección de datos se realizó a través de entrevistas en profundidad con una pregunta de apertura. Del mismo modo, se aplicaron memorandos en el proceso de recopilación.

El análisis aplicado se basó en la teoría fundamentada, con una codificación abierta, axial y selectiva, identificando las categorías y subcategorías. Durante el proceso de análisis se aplicó el método de comparación constante, llegando a la conclusión que la hospitalización causa incertidumbre en el cuidador. Las enfermeras ayudan a facilitar la adaptación del cuidador e identifican sus propias fortalezas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Glaser B, Strauss A. *The Discovery of Grounded Theory. Strategies for Qualitative Research*. New Brunswick. United States of America. Aldine Transaction: 1967.
2. Charmaz K. *Constructing grounded theory*. Los Angeles: SAGE; 2014.
3. Strauss A, Corbin J. *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín, Colombia. Editorial Universidad de Antioquia; 2002.
4. Van Manen M. *Phenomenology of Practice*. Left Coast Press; 2014.
5. Zimmermann J. *Hermeneutics: a very short introduction*. Oxford, United Kingdom: Oxford University Press; 2015.
6. Bryant A, Charmaz K. *The SAGE Handbook of Grounded Theory*. SAGE; 2010.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Moltó Boluda AM. Píldoras en investigación enfermera: La Teoría Fundamentada. *Hygia de Enfermería*. 2024; 41(1): 46-48

Vibrio vulnificus, heridas bullosas y un paciente migrante de África. Un caso clínico poco común en los cuidados de enfermería

Vibrio vulnificus, bullous wounds and a migrant patient from Africa. A rare clinical case in nursing care

Pablo Santiago Moreno Tirado

Enfermero Interno Residente de Familiar y Comunitaria en Zona Básica de Salud de Sevilla. Servicio Andaluz de Salud.

RESUMEN

Introducción: Los dispositivos de urgencias de Atención Primaria son la puerta de entrada a una gran variedad de casos, encontrando a veces situaciones que pueden extrañar y generar dudas en el profesional sanitario como la del caso que nos ocupa. Este caso clínico pretende dar a conocer la infección por *Vibrio Vulnificus*, una infección que probablemente se convierta en un caso frecuente a atender en los servicios sanitarios dada la crisis migratoria actual.

Reporte de caso: Llega a dispositivo de urgencias varón llegado a España desde Senegal en cayuco hace 24 horas, siendo acompañado por asistente social dadas las barreras lingüísticas evidentes. Consultan por presentar en ambos miembros inferiores diversas heridas bullosas y pequeñas lesiones circulares con centro necrótico rodeado por zona eritematosa perilesional. Sospechando origen infeccioso de las mismas, se decide aplicar pauta de cura en ambiente húmedo e iniciar antibioterapia y derivar a Atención Primaria, donde se consigue una evolución favorable del caso al dar con el agente causante del problema: *Vibrio Vulnificus*. Durante tres semanas, se continúa con misma pauta de curas y tratamiento antibiótico combinando Doxiciclina y Ceftriaxona, lo que permite la resolución total de las heridas.

Discusión: La infección por *Vibrio vulnificus* se asocia al consumo de marisco crudo o poco cocinado así como por la larga exposición de heridas a agua marina contaminada en ambientes cálidos, condición que hace a los migrantes en cayuco usuarios de especial riesgo. Resulta excepcional la evolución del caso dado que esta infección cuenta con una tasa de mortalidad del 33% y complicaciones como septicemia o fascitis necrotizante. La falta de antecedentes personales de interés, la edad del usuario y la rapidez en su diagnóstico y adecuado tratamiento hicieron posible presentar un caso con una evolución óptima que se espera pueda ayudar a esos profesionales sanitarios que, cada vez con más probabilidad, puede que atiendan en los servicios de urgencias situaciones similares.

PALABRAS CLAVE

vibrio vulnificus, heridas y lesiones, enfermería, migrantes, África

ABSTRACT

Introduction: Primary Care emergency devices are the gateway to a wide variety of cases, sometimes encountering situations that may surprise and generate doubts in the healthcare professional such as the case at hand. This clinical case aims to raise awareness of *Vibrio Vulnificus* infection, an infection that will probably become a frequent case to be treated in health services given the current migration crisis.

Case report: A male who arrived in Spain from Senegal in a cayuco 24 hours ago arrives at the emergency department, being accompanied by a social worker given the obvious language barriers. They consulted due to various bullous wounds and small circular lesions with a necrotic center surrounded by a perilesional erythematous area on both lower limbs. Suspecting their infectious origin, it was decided to apply a treatment regimen in a humid environment and start antibiotic therapy and refer to Primary Care, where a favorable evolution of the case was achieved by finding the agent causing the problem: *Vibrio Vulnificus*. For three weeks, the same regimen of dressings and antibiotic treatment is continued, combining Doxycycline and Ceftriaxone, which allows the wounds to completely resolve.

Discussion: *V. vulnificus* infection is associated with the consumption of raw or undercooked seafood as well as the long exposure of wounds to contaminated seawater in warm environments, a condition that makes migrants in cayuco users at special risk. The evolution of the case is exceptional given that this infection has a mortality rate of 33% and complications such as septicemia or necrotizing fasciitis. The lack of personal history of interest, the age of the user and the speed of diagnosis and adequate treatment made it possible to present a case with an optimal evolution that is expected to help those health professionals who, with increasing probability, may care in emergency services similar situations.

KEYWORDS

vibrio vulnificus, wounds and injuries, nursing, migrants, Africa

INTRODUCCIÓN

Vibrio Vulnificus es un bacilo del género Vibrio, gram negativo, con forma de coma, oportunista y aislado con mayor frecuencia en aguas saladas de regiones costeras cálidas de todo el mundo, siendo menos frecuente su detección en aguas con temperatura inferior a los 13 °C (55,4 °F). La infección se da por el consumo de marisco crudo o poco cocinado (con mayor frecuencia ostras y almejas) o por el contacto directo de heridas con el agua contaminada^{1,2}.

En Estados Unidos, cada año se registran unas 100 infecciones por Vibrio Vulnificus, teniendo una tasa de mortalidad asociada a la infección del 33%¹. Entre las personas con mayor riesgo de desarrollar una infección grave por Vibrio Vulnificus (una tasa letal mayor al 50% en estos casos) se encuentran las que padecen enfermedades hepáticas (como cirrosis), cáncer, infección por VIH, diabetes o ciertos trastornos sanguíneos como la talasemia así como aquellos sometidos a tratamiento inmunosupresor. Como personas más susceptibles a esta infección están aquellos que están en constante contacto con el agua del mar (como pescadores, inmigrantes que realizan largos viajes en pateras o buceadores)³.

Aquellos que han sufrido una infección por este vibrio debido al consumo de alimentos, suelen presentar un Síndrome Gastroentérico Agudo (diarrea, náuseas, vómitos, calambres estomacales, fiebre y escalofríos) e incluso septicemia primaria. Las infecciones de heridas por Vibrio Vulnificus pueden causar enrojecimiento de la piel, calor, hinchazón y dolor en la zona afectada (celulitis) con heridas ampollas y ectimas gangrenosas que se extienden normalmente a lo largo de la zona medio-distal de miembros inferiores. En los casos más graves, esta infección puede llegar a los músculos y tejidos blandos derivando rápidamente en una peligrosa fascitis necrotizante^{2,3}.

En este artículo se presentará un caso de infección de heridas por Vibrio Vulnificus en un paciente recién llegado a España tras varios días de viaje en patera desde Senegal y, por tanto, una constante exposición al agua marina. Como se desarrollará a continuación, se trata de un caso que sorprendió a los profesionales que atendieron a este usuario en el Servicio de Urgencias de Atención Primaria dada la inusualidad de esta infección en nuestro país y, por tanto, los escasos conocimientos sobre su manejo.

REPORTE DE CASO

Llega a dispositivo de urgencias del centro de salud un varón de 28 años procedente de Senegal, habiendo llegado a España hace escasos días tras cruzar el Océano Atlántico en cayuco desde su país de origen hasta Las Palmas de Gran Canaria. Sin antecedentes personales de interés, el usuario acude a servicio de urgencias acompañado por trabajador de entidad encargada de la acogida a inmigrantes, quien se encarga de describir las características del caso dadas las barreras lingüísticas existentes. Según indica, el paciente presenta en varios puntos de ambos miembros inferiores unas heridas ampollas que se asocian al gran tiempo de exposición al agua marina. El motivo de su asistencia al servicio de urgencias es el rápido progreso de estas heridas así como la pérdida de integridad de varias de las flictenas, comentando que ha drenado gran cantidad de exudado serohemático y solicitando la valoración y pauta de cura por parte del equipo de enfermería.

Al atender al usuario en consulta, se aprecian en ambos miembros inferiores diversas heridas bullosas y pequeñas lesiones circulares con centro necrótico rodeado por zona eritematosa perilesional. El paciente no presenta clínica acompañante, no expresa dolor ni signos de inestabilidad hemodinámica. Tal y como comenta su acompañante, se encuentran varias ampollas abiertas, de las cuales, al realizar presión sobre las mismas, se consigue drenar escaso contenido hemático, no correspondiendo las características de las mismas y su contenido con las ampollas propias de heridas por quemaduras o abrasión ni de abscesos. El acompañante del paciente refiere haber encontrado heridas similares en personas inmigrantes llegadas a España en estos días, contemplando la posibilidad de que sean heridas causadas por la exposición al sol, al agua salada o a los posibles organismos que en esta misma se encuentran.

Valorando la herida según el concepto TIME (Tissue (Tejido), Infection (Infección), Moisture (humedad) y Edges (bordes))⁴, se detecta unas lesiones ampollas que dificultan la evaluación del lecho de la herida (Tejido), sospechando una causa infecciosa (Infección) para las mismas y apreciando un exudado moderado serohemático (Moisture) además de zona perilesional eritematosa (Edges). Tras limpieza profusa con agua y jabón y aplicación de antiséptico, se aplica alginato con plata y oclusión con apósito de esparadrapo de alta permeabilidad. Ante la confusión generada por las características de estas heridas y la estabilidad manifestada por el usuario, se decide derivar al alta de servicio de urgencias a espera de valoración en la mañana siguiente por médico y enfermería de Atención Primaria, destacando la necesidad de completar dicha valoración con una prueba de cultivo en dichas heridas que permita determinar el causante de las mismas e iniciar una posible antibioterapia.

Al día siguiente, el paciente fue valorado por profesionales de Atención Primaria, decidiendo iniciar tratamiento empírico con antibióticos (pauta de 100mg de Doxiciclina vía oral cada 12 horas) a espera de resultados de cultivo realizado en heridas, determinando los mismos infección por Vibrio Vulnificus. Tras la revisión de diversas evidencias, se decide pauta combinada de antibióticos: doxiciclina 200 mg con una cefalosporina de tercera generación, ceftriaxona 1g cada 12 horas durante dos semanas^{3,5}. A su vez, el paciente continúa acudiendo a consulta de enfermería para revisión y cuidados de heridas en las siguientes tres semanas, no apreciando complicaciones en estado general del paciente y encontrando adecuada evolución de las heridas (se continúa con pauta de curas con alginato con iones de plata además de desbridar de manera cortante los tejidos desvitalizados).

El Plan de Cuidados de Enfermería para este paciente parte de una valoración completa y holística siguiendo los patrones de Marjory Gordon⁶, encontrando alterados patrones como el Nutricional- Metabólico (heridas bullosas en ambos miembros inferiores), Autoestima-Autopercepción (sentimientos de ansiedad) y Rol-Relaciones (barreras lingüísticas al provenir de otro país) y Adaptación-Tolerancia al Estrés (paciente inmigrante que se ha visto obligado a abandonar su país y su familia poniendo en riesgo su vida). Siguiendo la taxonomía diagnóstica de la North American Nursing Diagnosis Association (NANDA)⁷, se priorizaron dos problemas enfermeros a: [00044] Deterioro de la integridad tisular y [00148] Temor.

Al planificar los cuidados, se plantean como criterios de resultado (NOCs)⁸: [1103] Curación de la herida: por segunda intención, [1813] Conocimiento: régimen terapéutico y [1404]



Autocontrol del miedo. Para el cumplimiento de los mismos, se tuvieron en cuenta las siguientes NICs⁹:

- [3660] Cuidados de las heridas. Actividades: Despegar los apósitos y limpiar los restos de las heridas, registrar y comparar las características de la herida, limpiar con jabón antimicrobiano, administrar cuidados, vendar de forma adecuada, etc.
- [5230] Aumentar el afrontamiento. Actividades: Valorar el impacto en la vida del paciente, valorar y discutir las respuestas alternativas a la situación, animar el desarrollo de relaciones en el paciente, reconocer su experiencia cultural y/o espiritual, alentar la expresión de sentimientos y miedos, etc.

DISCUSIÓN

La infección por *Vibrio Vulnificus* se asocia al consumo de marisco crudo o poco cocinado así como por la larga exposición de heridas a agua marina contaminada. Entre sus presentaciones clínicas se halla la dada en el caso que nos ocupa, con una clara afectación tisular evidenciada en las distintas heridas ampollosas de contenido hemático y ectimas gangrenosas que presenta el paciente en ambos miembros inferiores, causadas por las toxinas, hemolisinas y proteasas propias de esta infección. No se encuentra en este usuario los signos y síntomas propios de una infección gastrointestinal (como podrían ser la diarrea, náuseas, fiebre o calambres musculares), lo que hace evidente que no se ha dado una toxiinfección alimentaria por los productos ya indicados con anterioridad^{1,2}.

Por otro lado, se puede apreciar un paciente joven sin antecedentes personales de interés, lo que lo aleja de la condición de aquellos que son considerados de mayor susceptibilidad para

esta infección por presentar enfermedades inmunosupresoras así como tener una edad superior a los cincuenta años. Además, tal y como señala la literatura, contrasta la óptima evolución de este caso con la alta mortalidad señalada por diversas fuentes, posiblemente gracias al tiempo y modo de actuación ante los hechos acontecidos^{2,9}.

Respecto al tratamiento, se proponen múltiples antibióticos que pueden combatir la infección por *Vibrio Vulnificus*, incluyendo diferentes fluoroquinolonas, betalactámicos, tetraciclinas y aminoglucósidos. Siguiendo las recomendaciones de la CDC⁵, para erradicar el microorganismo el tratamiento de elección es Ceftriaxona 1-2 gr cada 8 horas junto con Doxiciclina 100 mg cada 12 horas durante una o dos semanas. Una pauta similar se aplicó en el presente caso, utilizando otra cefalosporina de tercera generación (Ceftriaxona de 1 gramo) y una dosis superior de Doxiciclina (200mg). Tal y como se aprecia en el transcurso de los hechos, la antibioterapia pautada junto con las pautas de cura establecidas fue suficientes para resolver la infección, no siendo necesario el recurrir a desbridamiento e incluso amputación quirúrgica como señalan algunos estudios aunque sí se debería de haber establecido la pauta antibiótica de inmediato en lugar de demorar a ser atendido en Atención Primaria.

Es primordial la formación de los profesionales sanitarios en reconocimiento y asistencia de este tipo de infecciones dado que es un evento que tiende a verse con más frecuencia en nuestros servicios sanitarios dada la creciente crisis migratoria en la que, además de encontrar personas expuestas a situaciones especialmente estresantes, tienen gran riesgo de una infección como la que ha protagonizado este caso y que tantos interrogantes causó al atenderlo en consulta, los cuales, se busca evitar y resolver con la difusión de este caso clínico.



BIBLIOGRAFÍA

1. Lo que hay que saber sobre Vibrio vulnificus. Medical Health Cluster A.C. [Internet]. 2023 [citado Dic 2023]. Disponible en: <https://www.mhcluster.org/2023/03/23/lo-que-hay-que-saber-sobre-vibrio-vulnificus/>
2. Aguayo-Leiva IR, Fernández-Guarino M, Rivero M, Crespo L, Muñoz-Zato E. Celulitis en pacientes con cirrosis: enfoque clínico-terapéutico. *Piel*. 2009; 24(1), 35-39.
3. Almuzara M, Morales MM, Repetto S, Montaña S, Famiglietti, A, Stecher, D, Vay C. Infección de piel y partes blandas por Vibrio vulnificus. Comunicación de un caso diagnosticado en Argentina. *Medicina (Buenos Aires)*. 2022; 82(6), 943-946.
4. Tizón Bouza E, Pazos Platas S, Álvarez Díaz M, Marcos Espino MP, Quintela Varela ME. Cura en ambiente húmedo en úlceras crónicas a través del Concepto TIME. Recomendaciones basadas en la evidencia. *Enfermería Dermatológica*. 2013; 7(21):31-42.
5. Severe Vibrio vulnificus Infections in the United States Associated with Warming Coastal Waters. CDC HEALTH ALERT NETWORK. [Internet]. 2023 [citado Dic 2023]. Disponible en: <https://emergency.cdc.gov/han/2023/han00497.asp>
6. Suarez, J. L. Á., del Castillo Arévalo, F., Fidalgo, D. F., & Meléndez, M. M. (2010). Manual de valoración de patrones funcionales. Gijón (Asturias): Servicio de Salud del Principado de Asturias.
7. NANDA International, Kamitsuru S, Herdman TH. Diagnósticos Enfermeros. Definiciones y Clasificación 2018-2020. Barcelona: Elsevier España; 2019.
8. Moorhead S, Swanson E, Johnson M, Maas ML. Clasificación de Resultados de Enfermería (NOC): Medición de Resultados en Salud. 6a Ed. Barcelona: Elsevier España; 2018.
9. Suarez, J. L. Á., del Castillo Arévalo, F., Fidalgo, D. F., & Meléndez, M. M. (2010). Manual de valoración de patrones funcionales. Gijón (Asturias): Servicio de Salud del Principado de Asturias.
10. Cornejo-Juárez P, Montes-de-Oca ALR, Tinoco- Favila JC, Sifuentes-Osornio J. Sepsis fulminante por Vibrio vulnificus. Serie de casos. *Rev Investig Clin*. 2014; 52(6):2-3.

CÓMO CITAR ESTE ARTÍCULO

Moreno Tirado PS. Vibrio vulnificus, heridas bullosas y un paciente migrante de África. Un caso clínico poco común en los cuidados de enfermería. *Hygia de Enfermería*. 2024; 41(1): 49-52



ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE
ENFERMERÍA DE SEVILLA

Día de la Enfermería

8 DE MAYO DE 2024

8:30/13:30
CAIXAFORUM



Consejo General de Colegios Oficiales
de Enfermería de España



CONSEJO ANDALUZ
DE COLEGIOS DE ENFERMERÍA

1/6

Este número es indicativo del riesgo del producto siendo 1/6 indicativo de menor riesgo y 6/6 de mayor riesgo.

Banco Santander está adscrito al Fondo de Garantía de Depósitos de Entidades de Crédito. Para depósitos en dinero el importe máximo garantizado es de 100.000 euros por depositante en cada entidad de crédito.



En el Santander os tenemos en cuenta.

Por ello, tenemos una cuenta que se adapta a ti: la **Cuenta Corriente Colectivos del Santander**, sin comisión de administración ni mantenimiento de la cuenta¹, sin comisión por transferencias en euros, nacionales y UE realizadas por internet, banca móvil o cajeros.

No aplica a urgentes e inmediatas, y con las tarjetas*:

- **Tarjeta Débito Santander**
Comisión de emisión y mantenimiento: 0€
- **Tarjeta Crédito Santander²**
Comisión de emisión y mantenimiento: 0€

También tenemos una **oferta preferente de financiación** para ti.

Infórmate en el **915 123 123** o en nuestras oficinas.

1. Cuenta no remunerada. TIN 0% **TAE 0%**. Para un supuesto de que se mantenga de forma constante durante 1 año un saldo diario de 7.000€, aplicando un tipo de interés nominal anual de 0% y una comisión de mantenimiento de 0€. 2. Concesión de la tarjeta sujeta a previa aprobación del Banco. Esta tarjeta permite el pago aplazado. Ten en cuenta que, si eliges una cuota demasiado baja, tu deuda puede alargarse en el tiempo más de lo previsto, ya que la cuota mensual se destinará en primer lugar al pago de intereses y comisiones y en una cantidad menor a la amortización del capital. Recuerda usar tu tarjeta de crédito de forma responsable. El uso abusivo de financiación implica un riesgo de sobreendeudamiento con consecuencias a largo plazo que pueden afectar a tu planificación financiera.

*Consulta resto de condiciones en tu oficina más cercana.



ICOES

ANIVERSARIO 1864-2024
ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERÍA DE SEVILLA

Siempre en tus manos

39° CERTAMEN NACIONAL DE ENFERMERÍA
'Ciudad de Sevilla'

31° PREMIO **'San Juan de Dios'**

04 JUN / 19:30h
ESPACIO EXPLORATERRA
FUNDACIÓN NAO VICTORIA

colegioenfermeriasevilla.es

