

SANUM

Volumen 7 N.º 2. Febrero 2023-Abril 2023

Revista Científico-Sanitaria

ISSN 2530-5468

LA SALUD, ¿UN VALOR SOCIAL?

PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EN LA MOVILIDAD EN LA COMUNIDAD DESDE TERAPIA OCUPACIONAL, TRAS LESIÓN MEDULAR INCOMPLETA

CENTROS SANITARIOS DE ANDALUCÍA COMPROMETIDOS CONTRA LA VIOLENCIA DE GÉNERO: UNA VISIÓN TRAS TRES AÑOS DE ANDADURA

USO DE TOXINA BOTULÍNICA EN EL SÍNDROME DE MEIGE: INTERVENCIÓN ENFERMERA

ATENCIÓN ENFERMERA EN TRASTORNOS DE LA CONDUCTA ALIMENTARIA

LA DEPRESIÓN Y EL RIESGO DE SUICIDIO EN ANCIANOS ESPAÑOLES



Servicios
Públicos

Andalucía



SANUM

Revista Científico-Sanitaria


Volumen 7 N.º 2
(Febrero 2023-Abril 2023)

Edita

Servicios Públicos-UGT/Andalucía

Avda. Blas Infante, 4, 6ª Planta
41011 Sevilla

Contacto:

 consejoderedaccion_revistasanum@yahoo.es

Teléfono: 637 503 298

Consejo Ejecutivo

Dirección:

Antonio Tirado Blanco
Secretario General

Subdirección:

Antonio Macías Borrego
Secretario de Sanidad

Francisco López Gómez
Secretario de Formación

Consejo de Redacción

María Ortiz Rico
Órgano de prensa

José Luis de Isla Soler
Director técnico

Diseño y maquetación:

Ediciones Rodio, S. Coop. And. Sevilla

C/ José Jesús García Díaz, 2
Edificio Henares, 1 - 1ª planta - Módulo 6
41020 Sevilla

ISSN 2530-5468

CONSEJO EDITORIAL

Dirección editorial

Verónica Juan-Quilis MD, PHD

Vicerrectorado de Transferencia, Innovación y Divulgación Científica de la Universidad de Alicante.

UA Divulga, Unidad de Cultura Científica y de la Innovación (UCC+i)

Dirección Académica

José Luis de Isla Soler

Graduado en Enfermería. H.U. Virgen Macarena, Sevilla. España

Dirección Técnica

José Mª Carrión Pérez

CEO de Docusolar, Servicios Documentales. Sevilla. España

Secretaría Técnica

Coral Tirado Padilla

Diplomada en Relaciones Laborales. Sevilla. España

Órgano de prensa

María Ortiz Rico

Licenciada en Periodismo. Gabinete de Comunicación de FeSP UGT Andalucía. España

Asesor jurídico

Julián Vileya Rodríguez

Licenciado en Derecho Público. Gabinete jurídico FeSP UGT-Andalucía. España

Área de Informática

Fernando Rodríguez García

Ingeniero técnico informático. Ediciones Rodio. Sevilla. España

Comité científico

Ramón Sánchez-Garrido Escudero

Doctor en medicina y cirugía. Especialista en medicina familiar y comunitaria. Médico de Familia del Centro de Salud de Antequera, Málaga. España

Francisco Ruiz Domínguez

Doctor en Psicología Social. Servicio de Coordinación de Salud Pública Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica Secretaría General de Salud Pública e I+D+i Consejería de Salud y Consumo - Junta de Andalucía

Ana Mª Cazalla Foncuera

Graduada en Enfermería. Supervisora de Enfermería del Servicio de Medicina Preventiva y Salud Pública del H.U. Virgen del Rocío. Sevilla. España

Mª Teresa Pozo Rubio

Diplomada en Enfermería. Servicio de preanestesia H.U. Virgen Macarena. Sevilla. España

Javier Medina Barrio

Licenciado en Ciencias Ambientales. H.U. Virgen Macarena. Sevilla. España

Cesar Aristides de Alarcón González

Doctor en medicina, especialista en medicina interna. H.U. Virgen del Rocío. Sevilla. España

José Carlos Ochoteco Hurtado

Psicólogo General Sanitario. Mayor in Science Board Certified Behavior Analyst. ArkProv, Miami. USA

Salvador Silva Pérez

Diplomado en Enfermería. Supervisor Unidad Maxilofacial H.U. Virgen del Rocío. Sevilla. España

Estela M. Perea Cruz

Diplomada en Enfermería. Unidad Medicina Preventiva H.U. Virgen del Rocío. Sevilla. España

Elena Prado Mel

Licenciada en Farmacia. Servicio de Farmacia. H.U. Virgen del Rocío. Sevilla. España

Mª José Garrido Serrano

Diplomada en Enfermería. Supervisora Unidad Enfermedades Digestivas. Área de gestión sanitaria Sur de Sevilla. España

José Mª Espinar Martínez

Técnico Superior en Documentación Sanitaria. Área Sanitaria Nordeste de Jaén. España

Inmaculada Villa del Pino

Fisioterapeuta del Centro FISUM, Sevilla. España

María del Carmen Casas Estévez

EBAP del Centro de Salud "Ciudad Expo" de Mairena del aljarafe. Sevilla. España

Josefa Cuesta Roldán

Dra. Psicología Social. Profesional independiente. Sevilla. España

Jorge Vallejo Báez

Enfermero Coordinador de Trasplantes Hospital Regional de Málaga y Virgen de la Victoria, Málaga, España

Rafael Luque Márquez

Licenciado en Medicina. Especialista en Medicina Interna-Enfermedades Infecciosas. Unidad de Enfermedades Infecciosas, Microbiología y Medicina Preventiva (UCEIMP). Hospital Universitario Virgen del Rocío. Sevilla. España.



Base de Datos Bibliográfica de la Fundación Index (REHIC)



Matriz de información para la evaluación de revista. ICDS de 3.0



Catálogo 2.0 de Latindex



Bajo licencia Creative Commons



Reconocimiento-NoComercial-SinObrasDerivadas
CC BY-NC-ND

SANUM

Revista Científico-Sanitaria

Sumario

Editorial

La salud, ¿un valor social?..... 4-5
Silva-Pérez, S.

Originales/Original

Programa de intervención en la movilidad en la comunidad desde terapia ocupacional, tras lesión medular incompleta 6-14
Begines-Fernández, L. Cerón-Lorente, L. Jurado-Ruiz, V.

Centros sanitarios de Andalucía comprometidos contra la violencia de género: una visión tras tres años de andadura..... 16-25
Ruiz-Domínguez, F. Ponce-González, M.C. Fernández-Ruiz, E. Ceballos-Pozo, M. Campos-García, T.

Revisiones/Reviews

Uso de toxina botulínica en el síndrome de meige: intervención enfermera..... 26-33
Ordoñez-Marchena, A. Rodríguez-Peña, B. Ortínez-Martínez, R.

Atención enfermera en trastornos de la conducta alimentaria 34-45
Bernal-Zarzuela, P. Ordoñez-Marchena, A., Vázquez-González, A.M.

La depresión y el riesgo de suicidio en ancianos españoles 46-53
Ortínez-Martínez, R. Ordoñez-Marchena, A. Rodríguez-Peña, B.

Normas generales para la publicación de artículos 55-62

Imagen de portada: Adobe stock

Los artículos así como su contenido, su estilo y las opiniones expresadas en ellos, son responsabilidad de los autores.

Web de consulta: <http://www.revistacientificasanum.com/>



Servicios Públicos

Andalucía



La Federación de Servicios Públicos es la Federación más importante, por número de afiliados y en estructura, de UGT.

Está integrada por los Empleados Públicos (personal laboral, funcionarios y estatutarios) que prestan servicios en ministerios, organismos autónomos y de la Seguridad Social, Administración de Justicia, Comunidades Autónomas, Sanidad Pública y Privada, Educación, Correos, administraciones locales, trabajadores de entes o empresas de gestión indirecta al servicio público y demandantes de primer empleo con expectativas de trabajo en las Administraciones Públicas.

Editorial

La salud, ¿un valor social?

Health, a social value?

Silva-Pérez, S.
SANUM 2023, 7(2) 4-5

A la palabra valor se le ha dado distintas connotaciones a lo largo del tiempo. Etimológicamente proviene del verbo “valere” cuyo significado era “estar sano, ser fuerte”. Sin embargo, con el tiempo su significado tomó tintes más relacionados con la economía, aunque siempre manteniendo una mística algo abstracta e intangible que rodea la conducta y el comportamiento de los seres humanos.

Es por ello, que podemos considerar hoy en día que el valor o los valores son un conjunto de normas o comportamientos que el ser humano adquiere de forma individual pero que deben ser reconocidos por el conjunto de la sociedad. Los valores favorecen el desarrollo del individuo, forjan su personalidad, carácter, educación y moral.

Desde el inicio de los tiempos se otorgó a la salud un valor social positivo e importante. Antes de la ciencia, los hechiceros eran considerados figuras destacadas en sus tribus o poblados por ser los garantes de la salud. Con la llegada de ésta, se perdió ese carácter místico del binomio salud-enfermedad en favor de la razón y del conocimiento y empezaron a aparecer los científicos y médicos como protagonistas en el cuidado de la salud social.

Durante mucho tiempo, la aparición de los hospitales surge de ahí, la salud se relacionó íntimamente con los combates y las guerras. Era fundamental para los pueblos el rápido restablecimiento de sus hombres heridos para que pudieran regresar al frente.

El fin de esos tumultuosos tiempos y las grandes civilizaciones occidentales cambiaron estos conceptos y crearon sistemas sanitarios que, además de recuperar la salud de aquellos que la perdían, fomentaban medidas que permitieran el mantenimiento de ésta en los individuos sanos y, por tanto, la ausencia de la enfermedad. Esta manera de actuar permitía un mayor rendimiento laboral con el consiguiente aumento de producción que se traducía en beneficios empresariales y estatales.

Es en estas últimas décadas cuando se produce la impregnación del valor de la salud en las sociedades. Los gobiernos de las naciones establecen sistemas sanitarios con distintas financiaciones y, en muchos casos, de acceso gratuito a los usuarios. Estos cambios permiten la universalidad y equidad en el cuidado de la salud y en la prevención de la enfermedad.

La sociedad pasa de ver el acceso a la sanidad de unos pocos a exigirla como un derecho por el simple hecho de ser ciudadano. Y es aquí donde me quiero centrar un poco y volverles a preguntar, **“la salud ¿un valor social?”**

Siempre nos solemos acordar de la salud en aquellas circunstancias en las que nos falta. En ese momento su valor se torna incalculable y seríamos capaces de pagar por ella cualquier precio. Pero, ¿somos conscientes de su valor cuando la tenemos?, ¿qué valor le pondríamos al hecho de estar sanos?

Como decíamos antes, la universalización de la asistencia sanitaria ha hecho cambiar nuestra percepción. Hemos pasado de verla como un privilegio de unos cuantos y funcionar incluso como distinción de las clases sociales en función de los diferentes accesos sanitarios que se tenían, a integrarla en nuestra vida cotidiana perdiendo, en la mayor parte de los casos, el valor social que entiendo debe tener. En resumen, hemos pasado del valor al derecho.

Y esta nueva situación crea una gran paradoja. Nuestros sistemas sanitarios también necesitan gozar de buena salud o, al igual que los seres humanos, también enferman y no alcanzan su pleno rendimiento. Nuestros gestores deben ser los médicos que vigilen la salud de nuestros sistemas sanitarios y los usuarios, además de exigir a éstos dicha responsabilidad, deben ser los cuidadores principales y, en consecuencia, actuar como previsores de la enfermedad colaborando todo lo posible en mantener la ausencia de enfermedad o en el restablecimiento de la buena salud de nuestro sistema sanitario si ésta llegara a aparecer.

Bastó la simple aparición de un virus y su consecuente pandemia para que todos tuviéramos una vez más conciencia de la importancia de un sistema sanitario fuerte y saludable que respondiera en ese momento a nuestras necesidades. En esta época nuestras instituciones se sometieron a un gran estrés del cual, aún hoy, se siguen recuperando. Nunca debemos olvidar la importancia de la salud en la sociedad

y su valor incalculable. Es responsabilidad de todos cuidar nuestro sistema sanitario y velar por su salud, en ella irá la nuestra.

Salvador Silva Pérez

Supervisor Enfermería
Cirugía Oral y Maxilofacial y Otorrino
Hospital de Traumatología
Virgen del Rocío (Sevilla). España.

Nueva web revista científica SANUM

Como nuevo avance en el proceso de modernización de la revista científica SANUM y como elemento esencial de su proceso de indexación en bases de datos internacionales, nace una nueva WEB de la REVISTA, que puede consultarse desde cualquier ordenador o dispositivo móvil.

New web scientific magazine SANUM

As a new advance in the modernization process of the scientific magazine SANUM and as an essential element of its indexing process in international databases, a new WEB of the MAGAZINE is born, which can be consulted from any computer or mobile device.



¡AVANZANDO
CON LA REVISTA
CIENTIFICA
SANUM!

Programa de intervención en la movilidad en la comunidad desde la terapia ocupacional, tras lesión medular incompleta

Begines-Fernández, L. Cerón-Lorente, L, Jurado-Ruiz, V.
"Programa de intervención en la movilidad en la comunidad desde la terapia ocupacional, tras lesión medular incompleta".

SANUM 2023, 7(2) 6-14

Resumen

Introducción. La participación social y comunitaria está fuertemente vinculada a la calidad de vida subjetiva de personas con lesión medular. Una de las funciones del terapeuta ocupacional será promover la movilidad en la comunidad, realizando un análisis y valoración individual del caso, empleando el análisis de la actividad como herramienta básica. La evidencia sugiere que la rehabilitación será más efectiva cuando se ejecuta en el entorno de la persona, enfatizando en las intervenciones basadas en la ocupación y creando programas de entrenamiento de movilidad en silla de ruedas, ya que éstos mejoran las habilidades que la persona necesita para ejecutar la actividad satisfactoriamente.

Método. Participantes: hombres/mujeres en edad adulta tras lesión medular incompleta que realicen movilidad con silla de ruedas. Se realizará una intervención directa en la movilidad en la comunidad que mejore aspectos de la participación social y recuperación de roles de la persona, además de intervención en otras áreas ocupacionales (movilidad funcional, actividades básicas de la vida diaria, ocio, etc.).

Discusión. Con esta propuesta se hace especial hincapié en la intervención centrada en la persona, interviniendo en entornos reales lo cual puede favorecer la transferencia de aprendizaje, tratando de evitar que no se intervenga en aspectos tan importantes para las personas tras lesión medular.

Conclusiones. Los lesionados medulares le otorgan especial importancia a la participación social y movilidad en la comunidad, a pesar de la escasa intervención existente en entornos reales. Encontramos evidencia que apoya el entrenamiento y rehabilitación de dichas áreas en su propio entorno, siendo interesante incluir sujetos que viven previamente con lesión medular. Además, destaca la importancia de la valoración integral y holística de la persona para intervenir realmente sobre sus necesidades.

Palabras clave:

Terapia Ocupacional;
Limitación de la Movilidad;
Participación Social;
Silla de Ruedas;
Rehabilitación.

AUTORAS

Luna Begines Fernández.

Terapeuta ocupacional en U.G.C. Medicina Física y Rehabilitación, Hospital Regional Universitario de Málaga, España. Servicio Andaluz de Salud.

Laura Cerón Lorente.


Terapeuta ocupacional en U.G.C. Salud Mental, Hospital Universitario de Jerez, Cádiz, España. Servicio Andaluz de Salud.

Virginia Jurado Ruiz.

Terapeuta ocupacional en U.G.C. Medicina Física y Rehabilitación, Hospital Juan Ramón Jiménez de Huelva, España. Servicio Andaluz de Salud.

Autora de Correspondencia:

Luna Begines Fernández.

 lunabegfernandez@gmail.com

Tipo de artículo:

Original

Sección:

Terapia ocupacional

F. recepción: 16-02-2023

F. aceptación: 13-14-2023

Mobility intervention program in the community from occupational therapy, after incomplete spinal cord injury

Abstract

Introduction. *Social and community participation is strongly linked to the subjective quality of life of people with spinal cord injury. One of the functions of the occupational therapist will be to promote mobility in the community, carrying out an analysis and individual assessment of the case, using the analysis of the activity as a basic tool. Evidence suggests that rehabilitation will be more effective when carried out in the person's environment, emphasizing occupation-based interventions and creating wheelchair mobility training programmes, as these improve the skills the person needs to execute the activity successfully.*

Method. *Participants: men/women in adulthood after incomplete spinal cord injury who use a wheelchair. A direct intervention will be carried out on mobility in the community to improve aspects of social participation and recovery of the person's roles, as well as intervention in other occupational areas (functional mobility, basic activities of daily living, leisure, etc.).*

Discussion. *With this proposal, special emphasis is placed on person-centered intervention, intervening in real environments which can favor the transfer of learning, trying to avoid not intervening in such important aspects for people after spinal cord injury.*

Conclusions. *Spinal cord injuries attach special importance to social participation and mobility in the community, despite the limited intervention in real environments. We found evidence that supports the training and rehabilitation of these areas in their own environment, and it is interesting to include subjects who previously lived with spinal cord injury. In addition, it highlights the importance of the comprehensive and holistic assessment of the person to really intervene on their needs.*

Key word:

Occupational Therapy;
Mobility Limitation;
Social Participation;
Wheelchairs;
Rehabilitation.

Introducción

La participación social y comunitaria es considerada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un derecho fundamental, además de ser un foco importante de rehabilitación debido a la relación que mantiene la misma con la calidad de vida subjetiva, la salud y unos resultados clínicos relevantes⁽¹⁾. Tanto la participación social como comunitaria presentan gran relación con la calidad de vida de personas con lesión medular⁽²⁾.

En relación a la tercera edición del Marco de Trabajo para la práctica de la Terapia Ocupacional⁽³⁾, podemos afirmar que la participación social es un área de ocupación en la cual las personas participan en su vida diaria y está influenciada por diversos aspectos que son individuales (características de la persona, relaciones sociales existentes y habilidades para las mismas), elementos del entorno facilitadores o limitadores para llevar a cabo la actividad, etc.

Este paradigma coincide con el Modelo de la Ocupación Humana (MOHO), el cual guía y da forma a la práctica de la terapia ocupacional, ya que la ocupación tiene lugar, influye y se le da significado según su contexto físico y social⁽⁴⁾.

La lesión medular es el daño producido de cualquier etiología en algún punto de la médula espinal, dependiendo de la localización y gravedad del daño se determinarán las funciones alteradas o perdidas⁽⁵⁾, siendo la lesión incompleta una lesión parcial de la médula, la cual permite que la persona afectada retenga alguna función⁽⁶⁾. Por ello, resulta muy necesario valorar la capacidad funcional de las personas con lesión medular⁽⁷⁾.

Algunos autores han considerado la importancia del enfoque basado en la superación de barreras y mejora de diversos factores que influyen en la participación social de las personas y calidad de vida de las mismas. Valoran el enfoque centrado en la persona, realizando una intervención de los componentes físicos y funcionales, además de los ambientales, aportando estrategias de educación, motivación y participación activa durante el periodo de rehabilitación lo que supone una mejor consecución de objetivos personales en cuanto a independencia y participación social⁽⁸⁾.

Los terapeutas ocupacionales poseen un papel importante a la hora de promover la movilidad en la comunidad⁽⁹⁾, por lo que desde esta profesión será esencial realizar un análisis y valoración individual y exhaustiva del caso, ya que existe mucha variabilidad en cuanto al nivel de independencia funcional en este tipo de lesiones⁽¹⁰⁾. Desde la terapia ocupacional, empleamos el análisis de la actividad como herramienta básica de evaluación, guiándonos el

proceso de intervención, así podremos establecer actividades propositivas para el tratamiento⁽¹¹⁾.

La evidencia también sugiere que la rehabilitación es más efectiva cuando se administra en el propio entorno de la persona, ya que el entorno clínico es menos relevante para el individuo, dudando si las habilidades para la movilidad en entornos controlados se generalizan a la movilidad en la comunidad⁽¹²⁾. Incluso algunos artículos han respaldado las intervenciones basadas en la ocupación para mejorar el desempeño ocupacional en las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) en el entorno comunitario en personas tras daño neurológico⁽¹³⁾, así como habilitar a las personas para participar en actividades significativas en la comunidad, siendo éste el eje de la intervención en terapia ocupacional⁽¹⁴⁾.

Para promover la rehabilitación se considera necesario centrarse en las necesidades educativas relacionadas con la salud y la movilidad comunitaria, se recomienda fijar objetivos y promover la autoeficacia, así como la incorporación de otras personas con experiencia vivida en lesión medular que participen en las intervenciones⁽¹⁵⁾.

Debido a que existen diversos documentos y estudios que demuestran un alto porcentaje de personas con lesión medular que manifiestan limitación o alteración de la movilidad fuera del hogar y en el uso de medios de transporte, limitando así la capacidad de la persona para vivir en la comunidad e incluso pone de manifiesto la relación existente entre movilidad y restricción de la participación social^(16,17), se considera especialmente importante intervenir y crear una propuesta justificada ante las necesidades que tienen las personas con este perfil. Además, encontramos evidencia que afirma que los programas y entrenamientos de movilidad en silla de ruedas pueden mejorar las habilidades que la persona necesita para ejecutar esta actividad satisfactoriamente, siendo necesario que dichos programas estén al alcance de todas las personas que lo necesiten y deben llevarse a cabo en entornos naturales⁽¹⁸⁾.

Metodología

Participantes:

Dicha propuesta de intervención podrá ser aplicada a hombres o mujeres en edad adulta que hayan sufrido una lesión medular incompleta y que por consiguiente tengan que realizar la movilidad con la ayuda de una silla de ruedas manual o eléctrica. Deben mantener sus capacidades cognitivas intactas o levemente afectadas (GDS 1/2 según la Global Deterioration Scale⁽¹⁹⁾) y manifestar el interés por recuperar o mejorar las destrezas necesarias para realizar una adecuada movilidad en la comunidad

y/o reestablecer aspectos relacionados con la participación social. Principalmente puede ser empleado en centros residenciales, donde las personas se han visto obligadas a cambiar de lugar de residencia, por otro lado, con las modificaciones necesarias también puede llevarse a cabo en personas con todas las características anteriores aunque no hayan cambiado de domicilio.

También encontramos los siguientes criterios de exclusión: 1) que la persona presente alteraciones cognitivas y/o conductuales que supongan una limitación para llevar a cabo el entrenamiento en las distintas actividades, 2) que existan riesgos para la seguridad de la persona a la hora de llevar a cabo el programa en la comunidad, y 3) que la persona no manifieste interés en realizar el programa o negación en realizar el entrenamiento de la movilidad en la comunidad.

Planteamiento del programa:

Este programa de intervención emplea principalmente las bases teóricas y los conceptos del Marco de Trabajo de la American Occupational Therapy Association (AOTA) y el MOHO. El primero de ellos será empleado como una guía para la práctica de la terapia ocupacional en las áreas concretas de la misma, dando especial importancia a la creencia de la relación entre ocupación y salud, y la visión de las personas como seres ocupacionales, así como la importancia de la identidad ocupacional para llevar a cabo una vida sana y satisfactoria⁽³⁾. Según dicho Marco, el proceso de intervención desde terapia ocupacional es un proceso fluido y dinámico que consta de los siguientes pasos:

- Evaluación: Perfil ocupacional y análisis del desempeño ocupacional.
- Intervención: Plan de intervención, implementación de la intervención y revisión de la intervención.
- Focalización de los resultados: Resultados.

Además, durante todo el proceso los terapeutas ocupacionales realizan continuamente un razonamiento clínico sobre el desempeño ocupacional de las personas, permitiendo así identificar las diferentes demandas, habilidades que se requieren, así como el significado que tienen las actividades y ocupaciones para la persona. Otro aspecto importante del Marco de Trabajo de la AOTA⁽³⁾ es el análisis de la actividad, el cual es empleado por los terapeutas ocupacionales para comprender las demandas que presenta una actividad concreta y, de este modo, analizar las estructuras corporales, las funciones corporales, las destrezas de ejecución y patrones de ejecución que son necesarios para determinar las demandas que una actividad en concreto presenta

para una persona. Dicho marco será empleado también para documentar y analizar las áreas ocupacionales en las que existen limitaciones, así como guía durante todo el proceso de valoración e intervención con la persona.

Este programa consiste en realizar una intervención directa sobre la movilidad en la comunidad que indirectamente también mejore aspectos de la participación social e incluso recuperación de roles previos de la persona. Durante la intervención incluiremos otras áreas ocupacionales (movilidad funcional, aseo, ocio, etc.) que se detecten relevantes durante el proceso de evaluación, así como trabajo con familiares.

Se lleva a cabo mediante sesiones individuales, acompañadas tres veces a la semana de sesiones grupales. Se considera interesante incluir intervenciones con nuevas tecnologías, principalmente por dos motivos:

- Para establecer vías alternativas o aumentativas de participación social.
- Para entrenar otras habilidades como pueden ser la movilidad, miembros superiores, alternativas de ocio, etc.

En primer lugar se realiza una evaluación, valoración y entrevista exhaustiva mediante las siguientes escalas: American Spinal Injury Association (ASIA), Spinal Cord Independence Measure (SCIM) y Autoevaluación Ocupacional (OSA). Desde la primera sesión de evaluación es imprescindible establecer un vínculo terapéutico, aportando confianza a la persona. La aplicación de la OSA nos sirve para enfatizar en la finalidad de la terapia ocupacional, establecer objetivos a trabajar de manera conjunta y proponer la estrategia a llevar a cabo.

Una vez administradas las herramientas de evaluación y, además, hayamos recogido información necesaria mediante entrevistas informales y observación, analizaremos junto a la persona si además de la movilidad en la comunidad y participación social existen otras áreas o actividades a trabajar de manera prioritaria según sus necesidades, para a partir de ahí consensuar los objetivos y marcar estrategias de intervención a llevar a cabo. A partir de aquí, se comienza a trabajar en sesiones individuales las destrezas necesarias para la movilidad en la comunidad y participación social, intercalándolo, dentro de la sesión, con otras tareas que pongan en juego habilidades para la ejecución de otras actividades de la vida diaria que se hayan determinado como prioritarias a intervenir. De este modo, realizaremos una práctica distribuida en la cual los periodos de descanso se convierten en periodos de práctica de otra actividad, fomentando la transferencia de aprendizaje y reduciendo la fatiga⁽²⁰⁾.

Resultados

Durante las primeras sesiones se trabajan aspectos de movilidad en el entorno interior, si la persona se encuentra en un centro residencial nuevo tendrá que familiarizarse con el nuevo espacio. Dicho entrenamiento se lleva a cabo tanto en sala de tratamiento como en el propio entorno (domicilio o espacios residenciales), las tareas llevadas a cabo son: girar en movimiento, girar en su lugar, ir hacia atrás y hacia delante, dibujar un 8 en el suelo esquivando conos a una distancia de 1.5 m, cruzar una puerta, abrir y cerrar una puerta, realizar un recorrido estrecho entre conos o señales, moverse sobre diferentes superficies, subir y bajar un pequeño escalón, subir y bajar una rampa, alcanzar objetos desde la silla de ruedas y transferencias hacia y desde la silla⁽²¹⁻²³⁾.

Una vez finalizado este bloque, se solicita a la persona un listado con las tareas que hayan resultado más limitantes para adaptarlas o entrenarlas durante las siguientes sesiones, todo ello debido a que la autoeficacia percibida en el uso y manejo de la silla de ruedas es igualmente importante, si no más, que las propias habilidades para el manejo de la misma para poder predecir si se realizará la movilidad y la participación en actividades diarias y sociales⁽²⁴⁾.

A su vez, se comienza a introducir a la persona en sesiones grupales, ya sean llevadas en el centro residencial o reuniones con familiares/amigos programadas. También se valora la opción de que la persona contacte con otros sujetos con experiencia vivida de lesión medular, estas relaciones pueden ser recomendables para que se produzca un intercambio de información y experiencias y motivar a la persona en su proceso de tratamiento y rehabilitación⁽¹⁵⁾. Se tiene especialmente en cuenta las características personales de los individuos, preferencias, aficiones, gustos, etc.

A continuación, las siguientes sesiones tienen como objetivo la preparación para la movilidad en la comunidad, con ayuda de un mapa o plano de los exteriores (se puede emplear una Tablet/teléfono móvil y así comenzar a introducir también las nuevas tecnologías). Así, desde el MOHO, le facilitamos a la persona espacios ocupacionales que dan lugar a la exploración, competencia y logro, e introduciendo una herramienta novedosa (Tablet) puede generar nuevos intereses y motivaciones en la persona, pudiendo así mejorar distintas áreas ocupacionales⁽²⁵⁾. En dichas sesiones se cuestiona y establece qué actividades resultan motivantes e interesantes en la comunidad y se anotan tres opciones de actividades o lugares de interés, los cuales nos son útiles para realizar la movilidad en la comunidad en las siguientes sesiones. También en este periodo se destina un intervalo de tiempo a realizar un entrenamiento o

intervención en diferentes áreas ocupacionales que se hayan encontrado deficitarias durante la evaluación de la persona (movilidad funcional, transferencias...), siendo interesante valorar y entrenar en el uso de productos de apoyo.

A continuación, y una vez alcanzados los objetivos en relación a la movilidad en silla de ruedas, se inicia la movilidad en la comunidad. Previamente se seleccionaron varios lugares o actividades de interés para motivar la movilidad en la comunidad, se elige uno de ellos para comenzar. Durante todo el recorrido al destino seleccionado se realiza una observación y análisis de la actividad completa, solicitando habilidades o tareas precisas para realizar una satisfactoria movilidad en la comunidad⁽²⁶⁾. También será especialmente interesante el análisis del entorno físico, ya que ofrece unas opciones de movilidad concretas, el análisis y adaptación del mismo forma parte de la práctica profesional de la terapia ocupacional, debiendo así conocer los distintos componentes del entorno que influyan en la disfunción, analizando demandas objetivas y subjetivas del ambiente y adaptando o modificando aspectos del entorno que dificulten el desempeño⁽²⁷⁾.

Esto se repite durante distintas sesiones, acudiendo a los distintos destinos seleccionados, cambiando el recorrido surgirán nuevas tareas y retos que el individuo debe superar, poniendo en práctica estrategias que ha entrenado previamente con la consiguiente satisfacción y auto-realización que ello supone, pudiendo observar así la transferencia de aprendizaje.

A continuación, se valora el uso de transporte público para realizar la movilidad en la comunidad, todo ello depende de los recursos disponibles según la localización de la vivienda o residencia, de los recursos económicos, así como de los hábitos y preferencias de la persona. Se debe analizar tanto la actividad como el entorno, una evaluación objetiva de los obstáculos o limitaciones que se puede encontrar, ello nos ayuda a identificar y hallar soluciones para mejorar la movilidad y participación comunitaria⁽²⁸⁾. Volveremos a realizar un acompañamiento y análisis de la actividad in situ para entrenar, adaptar o modificar tareas.

A partir de este punto, se determina cuando finaliza el acompañamiento, el terapeuta debe valorar que el desempeño ocupacional de la persona en dicha actividad es adecuado y cumple las condiciones de seguridad. Por consiguiente, se pautarán tres salidas a la semana de forma independiente a la comunidad cuando se considere que el acompañamiento ya no es necesario.

En determinados casos encontramos la posibilidad de realizar la movilidad en el vehículo de algún familiar o amigo, para ello se debe establecer una formación

a terceros, realizando un entrenamiento con el individuo y una capacitación y formación de los familiares para ejecutar las transferencias desde la silla de ruedas al coche y viceversa de una manera segura, satisfactoria y adecuada. El entrenamiento con el paciente debe servirnos para analizar si existe transferencia del aprendizaje, ya que previamente se han entrenado otro tipo de transferencias, esto quiere decir que la persona tiene capacidad para realizar la misma tarea en un ambiente distinto al existir similitudes de las tareas⁽²⁹⁾. Además, se valorará si es necesario el uso de productos de apoyo que faciliten y ayuden a la hora de realizar esta transferencia (agarrador, asidero portátil, superficie de transferencia, cojín giratorio...)⁽³⁰⁾.

Posteriormente, se realizarán varias sesiones con el familiar para instruirlo en la ejecución de la transferencia de forma adecuada y segura.

Finalmente se realiza un proceso de re-evaluación mediante el formulario de seguimiento de la escala OSA, analizando también los objetivos planteados al principio.

Duración de las sesiones:

Las sesiones individuales tendrán una duración de 1h diaria de lunes a viernes, los días que se realice sesión grupal (3 días/semana) la persona recibirá 2h diarias, siendo el total de horas de intervención a la semana de 8h.

Cronograma:

Se estima que el programa de intervención tenga una duración de 5 meses ya que en otro estudio analizado⁽³¹⁾, con una intervención similar, es a partir de los 4 meses cuando se aprecian cambios significativos. Tanto las sesiones individuales como grupales se realizarán en horario de mañana, pudiendo variar alguna de las sesiones grupales a horario de tarde.

Recursos:

Los recursos humanos necesarios serán: un terapeuta ocupacional, auxiliares del centro residencial, equipo técnico del centro, residentes del centro, familiares y amigos de la persona usuaria, transporte público y personal de los establecimientos a los que acuda la persona.

Los recursos materiales que se emplearán son: silla de ruedas eléctrica, Tablet, conexión Wifi, mesa, silla sin reposabrazos, silla con reposabrazos, conos, pinzas, cinta adhesiva de colores, pelotas de diferentes tamaños, productos de apoyo necesarios, vehículo del familiar y material para llevar a cabo actividades grupales.

Evaluación del programa:

La escala OSA nos servirá para que el propio paciente evalúe su propia competencia y el impacto que

supone el ambiente sobre su adaptación funcional, además al presentar un formulario de seguimiento podemos realizar una re-evaluación y analizar la evolución del sujeto e incluso la efectividad del programa.

También es posible administrar una escala de satisfacción, como por ejemplo la escala SyCV-FSAR que valora aspectos de la calidad de vida de personas que viven en centros residenciales⁽³²⁾ o, incluso, la escala Fumat para evaluar la calidad de vida en personas mayores y con discapacidad⁽³³⁾. Ambas escalas sería interesante emplearlas tanto al inicio como al final del programa, para observar y analizar la evolución que ha existido en la calidad de vida percibida por la persona.

Además, como terapeutas ocupacionales tenemos una herramienta muy útil que es el análisis de la actividad, por lo tanto durante la observación de la ejecución de la actividad podremos apreciar el impacto que esté teniendo o ha tenido el programa sobre el individuo y recoger datos de manera no estandarizada.

Discusión

La participación social y la movilidad en la comunidad son áreas que tienen gran importancia y relación con los roles individuales, pero dichos aspectos pueden pasar a un segundo plano en el plan de actuación cuando una persona está institucionalizada. Por ello, en numerosas ocasiones la intervención se suele basar en otras áreas ocupacionales e incluso, las nombradas previamente, suelen obviarse. Con el planteamiento de este programa se pretende hacer especial hincapié en la intervención centrada en la persona, sus necesidades y prioridades, así como al valor que presentan los roles y ocupaciones significativas previas a la lesión, con el propósito de restaurar y fomentar aquellos que el sujeto considere prioritarios. Además, el hecho de trabajar la movilidad en la comunidad de manera estructurada y planificada con los individuos institucionalizados también puede dar lugar a la consecución de otros objetivos durante el tratamiento, ya que el hecho de trabajar en entornos reales supone un gran beneficio en la terapia e incluso podremos valorar la transferencia de aprendizaje de tareas realizadas en las salas de tratamiento.

Por otro lado, la inclusión de una herramienta de valoración propia del MOHO también nos permite como profesionales de la terapia ocupacional dar a conocer de manera detallada y holística cuál será la finalidad y los objetivos de la terapia.

Discussion

Social participation and mobility in the community are areas that are of great importance and related to individual roles, but these aspects can take a back seat in the action plan when a person is institutionalized. For this reason, on many occasions the intervention is usually based on other occupational areas and even those previously mentioned are usually ignored. With the approach of this program, it is intended to place special emphasis on the intervention centered on the person, their needs and priorities, as well as the value of significant roles and occupations prior to the injury, with the purpose of restoring and promoting those that the subject deems priority. In addition, the fact of working on mobility in the community in a structured and planned way with institutionalized individuals can also lead to the achievement of other objectives during treatment, since the fact of working in real environments is of great benefit in therapy and we will even be able to assess the transfer of learning from tasks carried out in treatment rooms.

On the other hand, the inclusion of MOHO's own assessment tool also allows us as occupational therapy professionals to make known in a detailed and holistic manner what the purpose and objectives of the therapy will be.

Conclusiones

Analizando la bibliografía revisada resulta interesante la importancia que le otorgan las personas con distintas limitaciones o patologías neurológicas a conceptos como la participación social y la movilidad en la comunidad(34,35), a la vez que encontramos estudios que manifiestan la escasa intervención que se realiza en dichos conceptos en entornos reales(36). Como terapeutas ocupacionales resulta incongruente que dichas actividades tan significativas para las personas con afectación neurológica reciban una intervención y tratamiento deficitario. Existe bibliografía que apoya el entrenamiento y la rehabilitación de estas áreas ocupacionales en entornos reales(11,12,26), pero en muchas ocasiones el entorno de práctica clínica dista mucho de la realidad.

También se considera beneficioso el hecho de incluir en la intervención a sujetos que viven previamente con lesión medular(15) para que exista

un intercambio de información y experiencias, desarrollándose aprendizaje en estos escenarios.

Asimismo, esta propuesta de intervención también supone un intento de impulso por la investigación y formación en estas áreas, ya que somos conocedores de que actualmente es inconsistente, no se realizan intervenciones efectivas en estas áreas y mucho menos en los centros residenciales.

Por último, se destaca la importancia de realizar una valoración centrada en las necesidades de las personas que ingresan en centros residenciales con patología neurológica, pudiendo emplear modelos conceptuales, como el MOHO, que aportan una visión integral y holística de la persona.

Conclusions

Analyzing the reviewed bibliography, it is interesting the importance that people with different limitations or neurological pathologies give to concepts such as social participation and mobility in the community(34,35), while we find studies that show the scarce intervention that is performed on these concepts in real environments(36). As occupational therapists, it is incongruous that such significant activities for people with neurological impairment receive poor intervention and treatment. There is a bibliography that supports the training and rehabilitation of these occupational areas in real environments(11,12,26), but in many cases the clinical practice environment is far from reality.

It is also considered beneficial to include in the intervention subjects previously living with spinal cord injury(15) so that there is an exchange of information and experiences, developing learning in these scenarios.

Likewise, this intervention proposal also represents an attempt to promote research and training in these areas, since we are aware that it is currently inconsistent, effective interventions are not carried out in these areas, much less in residential centers.

Finally, the importance of carrying out an assessment focused on the needs of people admitted to residential centers with neurological pathology is highlighted, being able to use conceptual models, such as the MOHO, which provide comprehensive and holistic vision of person.

Declaración de transparencia

La autora principal (defensora del manuscrito) asegura que el manuscrito es un artículo honesto, adecuado y transparente; que ha sido enviado a la revista científica SANUM, que no ha excluido aspectos importantes del estudio y que las discrepancias del análisis se han argumentado, siendo registradas cuando éstas han sido relevantes. Todos los autores han contribuido sustancialmente en el diseño, análisis, interpretación, revisión crítica del contenido y aprobación definitiva del presente artículo.

Fuentes de financiación

Sin fuentes de financiación.

Conflicto de intereses

Sin conflicto de intereses.

Publicación

Este trabajo no ha sido presentado en ningún evento científico (congreso o jornada).

BIBLIOGRAFÍA

1. Smith EM, Sakakibara BM, Miller WC. A review of factors influencing participation in social and community activities for wheelchair users. *Disabil Rehabil Assist Technol*. 2016;11(5):361-74.
2. Chang FH, Wang YH, Jang Y, Wang CW. Factors associated with quality of life among people with spinal cord injury: application of the International Classification of Functioning, Disability and Health model. *Arch Phys Med Rehabil*. diciembre de 2012;93(12):2264-70.
3. Occupational Therapy Practice Framework: Domain and Process (3rd Edition). *Am J Occup Ther*. 1 de marzo de 2014;68(Supplement_1):S1-48.
4. Kielhofner G. *Terapia ocupacional. Modelo de Ocupación Humana. Teoría y aplicación*. Ed. Médica Panamericana; 2004. 656 p.
5. Bárbara-Bataller E, Méndez-Suárez JL, Alemán-Sánchez C, Ramírez-Lorenzo T, Sosa-Henríquez M. Epidemiología de la lesión medular de origen traumático en Gran Canaria. *Neurocirugía*. enero de 2017;28(1):15-21.
6. Villines Z. Complete & Incomplete Spinal Cord Injuries: Everything You Need to Know [Internet]. [citado 18 de marzo de 2020]. Disponible en: <https://www.spinalcord.com/blog/complete-vs.-incomplete-spinal-cord-injuries>
7. Anderson K, Aito S, Atkins M, Biering-Sørensen F, Charlifue S, Curt A, et al. Functional recovery measures for spinal cord injury: an evidence-based review for clinical practice and research. *J Spinal Cord Med*. 2008;31(2):133-44.
8. Henao-Lema CP, Pérez-Parra JE. Adherencia a procesos de neurorrehabilitación funcional y su relación con la discapacidad y la calidad de vida en adultos colombianos con lesión medular. *Rev Fac Med*. 1 de septiembre de 2016;64(3Sup):69-77.
9. Di Stefano M, Stuckey R, Lovell R. Promotion of safe community mobility: Challenges and opportunities for occupational therapy practice: VIEWPOINT. *Aust Occup Ther J*. febrero de 2012;59(1):98-102.
10. Espinal MJA. Calidad de vida en personas con lesión medular [Internet] [<http://purl.org/dc/dcmitype/Text>]. Universidad Complutense de Madrid; 2016 [citado 22 de octubre de 2019]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=128701>
11. Cabeza AS. Terapia Ocupacional y daño cerebral adquirido. Conceptos básicos. *Rev Electrónica Ter Ocupacional Galicia TOG*. 2005;(2):4.
12. WADE D. Community rehabilitation, or rehabilitation in the community? *Disabil Rehabil*. 1 de enero de 2003;25(15):875-81.
13. Wolf TJ, Chuh A, Floyd T, McInnis K, Williams E. Effectiveness of Occupation-Based Interventions to Improve Areas of Occupation and Social Participation After Stroke: An Evidence-Based Review. *Am J Occup Ther*. 2015;69(1):6901180060p1-11.
14. Barclay L, McDonald R, Lentin P, Bourke-Taylor H. Facilitators and barriers to social and community participation following spinal cord injury. *Aust Occup Ther J*. febrero de 2016;63(1):19-28.
15. Barclay L, Robins L, Migliorini C, Lalor A. Community integration programs and interventions for people with spinal cord injury: a scoping review. *Disabil Rehabil*. 1 de mayo de 2020;0(0):1-11.

16. Craig A, Nicholson Perry K, Guest R, Tran Y, Middleton J. Adjustment following chronic spinal cord injury: Determining factors that contribute to social participation. *Br J Health Psychol.* noviembre de 2015;20(4):807-23.
17. Huete García A, Díaz Velázquez E. Análisis sobre la lesión medular en España: informe de resultados. Toledo: Federación Nacional Aspaym; 2012.
18. ROUTHIER F, VINCENT C, DESROSIERS J, NADEAU S. Mobility of wheelchair users: a proposed performance assessment framework. *Disabil Rehabil.* 1 de enero de 2003;25(1):19-34.
19. Reisberg B, Ferris SH, Leon MJ de, Crook TH. Global Deterioration Scale (GDS). *Psychopharmacol Bull.* 1988;
20. Cano-de-la-Cuerda R, Molero-Sánchez A, Carratalá-Tejada M, Alguacil-Diego IM, Molina-Rueda F, Miangolarra-Page JC, et al. Teorías y modelos de control y aprendizaje motor. Aplicaciones clínicas en neurorrehabilitación. *Neurología.* 1 de enero de 2015;30(1):32-41.
21. Kilkens OJ, Post MW, Woude LH van der, Dallmeijer AJ, Heuvel WJ van den. The wheelchair circuit: Reliability of a test to assess mobility in persons with spinal cord injuries. *Arch Phys Med Rehabil.* 1 de diciembre de 2002;83(12):1783-8.
22. Kirby R, Dupuis D, Macphee A, Coolen A, Smith C, Best K, et al. The Wheelchair Skills Test (version 2.4): measurement properties. *Arch Phys Med Rehabil.* 1 de junio de 2004;85:794-804.
23. Routhier F, Desrosiers J, Vincent C, Nadeau S. Reliability and construct validity studies of an obstacle course assessment of wheelchair user performance. *Int J Rehabil Res Int Z Rehabil Rev Int Rech Readaptation.* marzo de 2005;28(1):49-56.
24. Sakakibara BM, Miller WC, Eng JJ, Backman CL, Routhier F. Influences of wheelchair-related efficacy on life-space mobility in adults who use a wheelchair and live in the community. *Phys Ther.* noviembre de 2014;94(11):1604-13.
25. Nistal FF. Nuevas tecnologías para la atención a personas con discapacidad de origen neurológico. *Rev Esp Discapac.* 30 de junio de 2014;2(1):233-6.
26. Walker KA, Morgan KA, Morris CL, DeGroot KK, Hollingsworth HH, Gray DB. Development of a Community Mobility Skills Course for People Who Use Mobility Devices. *Am J Occup Ther.* 1 de julio de 2010;64(4):547-54.
27. López BP, Molina PD, Arnaiz BN. Conceptos Fundamentales De Terapia Ocupacional. Ed. Médica Panamericana; 2001. 368 p.
28. Routhier F, Mortenson WB, Demers L, Mahmood A, Chaudhury H, Martin Ginis KA, et al. Mobility and Participation of People With Disabilities Using Mobility Assistive Technologies: Protocol for a Mixed-Methods Study. *JMIR Res Protoc.* 16 de abril de 2019;8(4):e12089.
29. TERAPIA OCUPACIONAL EN DISFUNCIONES FISICAS (2a ED.): TEORIA Y PRACTICA | BEGOÑA POLONIO LOPEZ | Comprar libro 9788498357875 [Internet]. casadellibro. 2015 [citado 8 de abril de 2020]. Disponible en: <https://www.casadellibro.com/libro-terapia-ocupacional-en-disfunciones-fisicas-2-ed-teoria-y-practica/9788498357875/2612287>
30. Sánchez IV. Productos que facilitan el acceso al vehículo. :16.
31. Logan PA, Gladman JRF, Avery A, Walker MF, Dyas J, Groom L. Randomised controlled trial of an occupational therapy intervention to increase outdoor mobility after stroke. *BMJ.* 11 de diciembre de 2004;329(7479):1372-5.
32. Literas L, Navarro A, Fontanals MD. Diseño y validación de una escala de satisfacción y calidad de vida para usuarios de centros residenciales y sociosanitarios. *Rev Esp Geriatria Gerontol.* 1 de noviembre de 2010;45(6):320-5.
33. Gómez LE, M. A. V, Arias B, Navas P. Evaluación de la calidad de vida en personas mayores y con discapacidad: la Escala Fumat. *Psychosoc Interv.* 2008;17(2):189-99.
34. Kennedy P, Lude P, Taylor N. Quality of life, social participation, appraisals and coping post spinal cord injury: a review of four community samples. *Spinal Cord.* febrero de 2006;44(2):95-105.
35. Lemay V, Routhier F, Noreau L, Phang SH, Martin Ginis KA. Relationships between wheelchair skills, wheelchair mobility and level of injury in individuals with spinal cord injury. *Spinal Cord.* enero de 2012;50(1):37-41.
36. Best KL, Arbour-Nicitopoulos KP, Sweet SN. Community-based physical activity and wheelchair mobility programs for individuals with spinal cord injury in Canada: Current reflections and future directions. *J Spinal Cord Med.* noviembre de 2017;40(6):777-82.

EDICIONES RODIO,

**LA EDITORIAL
MEJOR VALORADA
POR LOS OPOSITORES**



Rodio
ediciones



 **lantia**

“Centros sanitarios de Andalucía comprometidos contra la violencia de género: una visión tras tres años de andadura”

Ruiz-Domínguez, F. Ponce-González, M.C. Fernández-Ruiz, E. Ceballos-Pozo, M. Campos-García, T.
“Centros sanitarios de Andalucía comprometidos contra la violencia de género:
una visión tras tres años de andadura”

SANUM 2023, 7(2) 16-25

AUTORES

Francisco Ruiz Domínguez.

Doctor en Psicología. Servicio de Coordinación de Salud Pública. Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica. Secretaría General de Salud Pública e I+D+i. Consejería de Salud y Consumo - Junta de Andalucía, Sevilla. España.

María del Carmen Ponce González.

Psicóloga. Servicio de Coordinación de Salud Pública. Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica. Secretaría General de Salud Pública e I+D+i. Consejería de Salud y Consumo - Junta de Andalucía, Sevilla. España.

Emilia Fernández Ruiz. Socióloga.

Oficina Técnica del Área de Evaluación de Políticas Públicas. Instituto Andaluz de Administración Pública. Junta de Andalucía, Sevilla. España.

Resumen

Dentro del contexto español de las medidas y recomendaciones del Pacto de Estado contra la violencia de género, la Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica de Andalucía inició, en 2020, una estrategia pionera de acreditación de Centros Sanitarios Comprometidos contra la Violencia de Género. Este proyecto de acreditación ofrece a todos los centros sanitarios de Andalucía la oportunidad de: evaluar el grado de implantación de sus actuaciones en el abordaje de la violencia de género, identificar buenas prácticas y establecer medidas de mejora. El objetivo final persigue que todos los centros sanitarios incorporen medidas de calidad para la adecuada sensibilización, detección e intervención de posibles casos de violencia de género. Este artículo describe el inicio y desarrollo de esta iniciativa e incluye resultados de la evaluación llevada a cabo por el Instituto Andaluz de Administración Pública tras los primeros tres años de actividad. Además, proporciona ideas y sugerencias para su desarrollo en los años sucesivos, así como para su posible replicación en otros contextos.

Palabras clave:

Violencia de género;

Acreditación;

Calidad de la atención en salud.

“Andalusian health centres committed against gender-based violence: an overview of 3 years of activity”

Abstract

Within the framework of the Spanish measures and recommendations of the State Pact against gender-based violence, the General Directorate of Public Health of the Andalusian Government began, in 2020, a pioneering strategy for the accreditation of health centres committed against gender-based violence. This project offers all health centres in Andalusia the opportunity to assess the degree of implementation of actions addressing gender-based violence and identifying good practices and improvement measures. The final goal is to incorporate quality measures towards the adequate awareness, detection and intervention concerning possible cases of gender-based violence. This article describes how this project evolved and is being developed. In addition, it includes the results from the evaluation carried out by the Andalusian Institute of Public Administration after the first three years of the project's activity. Moreover, it provides suggestions and recommendations for further developments in the upcoming years and practical ideas for possible replication in other contexts.

Key word:

Gender-based violence;

Accreditation;

Quality Indicators, Health Care.

Manuel Ceballos Pozo.

Jefe de Proyectos. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Junta de Andalucía, Sevilla. España.

Teresa Campos García.

Jefa de Servicio. Servicio de Coordinación de Salud Pública. Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica. Secretaría General de Salud Pública e I+D+i. Consejería de Salud y Consumo - Junta de Andalucía, Sevilla. España.

Autor de

Correspondencia:

Francisco Ruiz Domínguez.

 francisco.ruiz.domin-guez@juntadeandalucia.es

Tipo de artículo:

Original.

Sección:

Salud Pública.

F. recepción: 15-03-2023

F. aceptación: 20-04-2023

Introducción

La violencia contra las mujeres es una grave violación de los derechos humanos, además de un serio problema de salud pública, que puede conllevar un impacto negativo en la salud física, mental, sexual y reproductiva de la población afectada, y directamente también sobre su descendencia. El ámbito sanitario ostenta de manera lógica un lugar relevante para la detección, asistencia y atención frente a esta problemática. La macroencuesta nacional de violencia contra la mujer de 2019⁽¹⁾ reflejó que las mujeres que han sufrido algún tipo de violencia (física, psicológica o sexual), acuden con mayor frecuencia a los servicios de atención sanitaria, que las que no la han sufrido (41,9% versus 25,8%). En Andalucía, entre enero y noviembre de 2022 fueron atendidas, por los Equipos Provinciales de Atención a la Mujer y Familia, 4462 mujeres⁽²⁾.

En 2017, se firmó en España el Pacto de Estado contra la violencia de género⁽³⁾, que estableció una serie de medidas y acciones para la prevención de la violencia de género, así como para garantizar la protección y atención a las víctimas. Entre las diversas medidas, estructuradas en distintos ejes, se incluyen de manera ineludible acciones vinculadas al entorno sanitario, como por ejemplo: “mejorar la detección precoz de la violencia de género en los centros sanitarios”, “incluir la formación en género en los estudios de las y los profesionales sanitarios”, o “promover un sistema acreditativo de centros contra la violencia de género”. En concreto, en relación a este último aspecto, la Dirección General de Salud

Pública y Ordenación Farmacéutica (DGSPDF) del gobierno de Andalucía inició en 2020 un proyecto pionero y, hasta donde conocemos, único en España, de acreditación de centros sanitarios comprometidos contra la violencia de género. El presente artículo presenta cómo se inició y se ha desarrollado esta iniciativa hasta la fecha, incluyendo los resultados de un análisis de evaluación realizado tras sus primeros tres años de actividad, así como recomendaciones y sugerencias de mejora que dirigirán su desarrollo sucesivo en los próximos años.

Metodología

El Proyecto de Acreditación de los Centros Comprometidos contra la Violencia de Género (PACCCVG) de Andalucía ofrece a todos los centros sanitarios interesados la oportunidad de: evaluar el grado de implantación de las actuaciones en el abordaje de la violencia de género, identificar buenas prácticas, y establecer medidas de mejora. El objetivo final persigue que todos los centros sanitarios incorporen medidas de calidad para la adecuada detección, intervención y coordinación de los casos, así como para un seguimiento subsiguiente activo y continuado de las personas atendidas. De este modo, el PACCCVG trata de disminuir la variabilidad de la atención a las víctimas y promover un abordaje humanizado y eficaz de la violencia de género desde el Sistema Sanitario Público de Andalucía.

TABLA 1. Cronograma del despliegue del PACCCVG

AÑO	ACTIVIDADES MÁS DESTACADAS
2020	<ul style="list-style-type: none">• Constitución del Comité Director, en el seno de la Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica de la Consejería de Salud y Consumo de la Consejería de Salud y Consumo de Andalucía.• Constitución del Comité Técnico Asesor, integrado por personas referentes del Sistema Sanitario Público de Andalucía y el Equipo de Desarrollo, incluida la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA).• Elaboración del manual de estándares. Diseño y desarrollo de la herramienta para la gestión del proceso.• Creación del espacio web (alojado en la página de la ACSA).
2021	<ul style="list-style-type: none">• Capacitación de personas para la evaluación externa (ACSA).• Pilotaje del PACCCVG en 3 centros de gestión pública, e integración de las mejoras derivadas del mismo.• Extensión a todos los centros sanitarios directivos públicos de Andalucía que cumplieran los requisitos.• Acreditación de los primeros 5 centros directivos sanitarios.

2022	<ul style="list-style-type: none"> • Extensión progresiva del PACCCVG. • Pilotaje del programa en centros privados. • Apertura del proceso a centros sanitarios de ámbito privado. • Acreditación subsiguiente de más centros directivos públicos (24).
2023	<ul style="list-style-type: none"> • Entrega de resultados de los estudios de evaluación externa llevada a cabo por el Área de Evaluación de Políticas Públicas, del Instituto Andaluz de Administración Pública. • Inicio de evaluaciones intermedias (revisión de la acreditación a los 18 meses a aquellos centros acreditados a partir del año 2021).

Fuente: *Elaboración propia*

El PACCCVG fue iniciado en 2020 con la constitución de un comité director y otro técnico, la elaboración de un manual de estándares⁽⁴⁾, y el diseño y desarrollo de una herramienta específica⁽⁵⁾ para la gestión ágil de todo el proceso. Se creó además un espacio web⁽⁶⁾ con el fin de hacer accesible de manera cómoda y fácil toda la información necesaria, tanto para el colectivo profesional como para la ciudadanía, y reunir dentro de una misma plataforma los protocolos pertinentes y las noticias recientes sobre esta iniciativa. La **Tabla 1** muestra el resumen del cronograma de despliegue del PACCCVG, desde el año 2020 hasta la fecha de elaboración de este artículo.

El PACCCVG promueve un sistema de acreditación basado en 5 criterios y 31 estándares. Para conseguir la acreditación, los centros han de cumplir al menos el 80% de los estándares (siendo algunos de estos imprescindibles). El proceso de acreditación se puede resumir en tres fases: a) la autoevaluación, que lleva a cabo de manera previa cada centro; b) la evaluación externa, que es realizada por personal dependiente de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía (ACSA); y c) revisión de la certificación, que la vuelve a realizar la ACSA tras 18 meses de otorgarse la acreditación.

Para realizar la evaluación del PACCCVG tras sus primeros tres años de implantación, fue firmado un acuerdo de colaboración con el Área de Evaluación de Políticas Públicas del Instituto Andaluz de Administración Pública (IAAP), que llevó a cabo sus análisis entre octubre de 2022 y febrero de 2023. Los objetivos de la evaluación fueron analizar el proceso de acreditación de los centros sanitarios comprometidos contra la violencia de género, y detectar tanto sus posibles logros, como aquellos otros elementos que fueran susceptibles de mejora.

La muestra de centros participantes en la evaluación se compuso de un total de 13 centros, seleccionados en función de los siguientes criterios: a) todos los centros directivos sanitarios que llevaran acreditados más de un año (5 centros en total); b)

todos los centros directivos sanitarios que quedaran aún por iniciar el proceso de acreditación (6 centros en total); y c) todos aquellos centros que hubieran cesado o abandonado el proceso de acreditación (2 centros en total). Se recogió este universo muestral para poder recoger el máximo de información con la mayor representatividad de centros susceptibles de participar en ese momento en el PACCCVG.

Se llevó a cabo un diseño cuasiexperimental mediante estudios de casos, que combinó diversos métodos cualitativos y cuantitativos de investigación social, empleando tanto datos estadísticos, como discursos provenientes de diferentes fuentes de información, primarias y secundarias. En concreto, las técnicas de investigación y de recogida de datos empleadas por el IAAP fueron las siguientes. 1) Entrevistas individuales semiestructuradas (26 en total, con las 13 personas de la dirección-gerencia y los 13 referentes en violencia de género de cada centro), llevadas a cabo con medios virtuales durante el mes de diciembre de 2022. En las entrevistas se exploraron 5 dimensiones, según fueran relacionadas con el centro, la dirección, las/los profesionales, la atención o el entorno. 2) Grupo focal con las diez personas dependientes de la ACSA que realizan la evaluación externa de la certificación, llevado a cabo el 30 de noviembre de 2022. Los temas que se abordaron versaban sobre: el proceso de acreditación, la valoración del mismo y diversas propuestas de mejora; así como la valoración del impacto del PACCCVG en distintos ámbitos, su sostenibilidad y una valoración general. 3) Cuestionarios on-line que recabaron, entre el 20 de enero y el 13 de febrero de 2023, información de 797 profesionales de la plantilla de los 13 centros, y de 84 personas referentes de las administraciones locales de los municipios de influencia de esos centros. 5) Revisión y análisis de la documentación proveniente de los procesos de acreditación, así como las actas y memorias de las Comisiones de Violencia de Género de los 13 centros. El planteamiento metodológico de la evaluación se resume en la **Tabla 2**.

Centros sanitarios de Andalucía comprometidos contra la violencia de género: una visión tras tres años de andadura

TABLA 2. Planteamiento metodológico de la evaluación



Fuente: IAAP

Resultados

En el momento de elaboración de este artículo, tras los tres años iniciales de actividad del PACCCVG, ya se han acreditado 35 de los 52 centros directivos sanitarios de titularidad pública que existen en Andalucía, esto representa el 67,3% de los centros directivos sanitarios, tales como Hospitales, Áreas de Gestión Sanitaria (AGS), Distritos de Atención Primaria y otros (ver Tabla 3). Los tipos de centros que se han acreditado con mayor frecuencia son los hospitales y AGS (76,47% y 75%, respectivamente). Todas las provincias de Andalucía, tal como se muestra en la Tabla 4, cuentan con centros acreditados, si bien, las provincias con el mayor número de ellos son Almería y Córdoba (fueron en estas provincias donde se acreditaron los primeros centros). Por otro lado, otros 10 centros públicos se encuentran actualmente en proceso de acreditación y la reacreditación, o evaluación tras 18 meses, ya ha sido superada por los 5 centros que inicialmente fueron acreditados. El registro de las acreditaciones de Centros Comprometidos Contra la Violencia de Género se actualiza de manera periódica y puede consultarse a través del siguiente enlace público: <https://bit.ly/3JILJoF>.

Se proporciona a continuación una síntesis (siguiendo principalmente las diversas áreas metodológicas)

de los principales resultados de los análisis llevados a cabo por el Área de Evaluación de Políticas Públicas del IAAP⁽⁷⁾.

Entrevistas semiestructuradas

En líneas generales, los resultados del análisis de las entrevistas reflejan que el PACCCVG ha supuesto un revulsivo positivo para la mayoría de los centros sanitarios acreditados o que están en proceso de estarlo. En este sentido, todos los centros han reflexionado sobre la composición de sus comisiones de violencia de género, reactivando este órgano y sus formas de funcionamiento.

Para los centros acreditados, uno de los principales efectos que se ha observado ha sido la mejora en los protocolos; también parece haberse mejorado la definición de los circuitos de coordinación y derivación, y se considera que la atención a las víctimas es ahora más ágil, integral y homogénea y que se realiza un mejor seguimiento de los casos. Ha aumentado la implicación del colectivo profesional, así como su sensibilización y participación en actividades formativas.

Grupo focal con personal de evaluación externa

Los resultados del grupo focal realizado con el personal de evaluación externa confirman que los primeros centros acreditados ya partían de una posición de alta implicación y motivación en la lucha contra la violencia

TABLA 3. Centros directivos sanitarios acreditados según tipo de centro

Tipo de centro	Total de centros	Centros públicos acreditados	% Centros públicos acreditados
Áreas de Gestión Sanitaria	16	12	75,00
Distritos de Atención Primaria	17	9	52,94
Hospitales	17	13	76,47
Centros de Emergencias Sanitarias	1	1	100
Medicina transfusional, tejidos y células	1	0	0
Total	52	35	67,30

Fuente: Aplicación Belt IA

TABLA 4. Centros directivos sanitarios acreditados según tipo de provincia

Provincia	Total de centros	Centros acreditados	% Centros acreditados
Almería	5	4	80,00
Cádiz	6	4	66,67
Córdoba	5	4	80,00
Granada	6	4	66,67
Huelva	5	3	60,00
Jaén	6	4	66,67
Málaga	10	6	60,00
Sevilla	9	6	66,67
Total	52	35	67,30

de género, y de una óptima organización formal, lo cual parece que facilitó el proceso de acreditación. Si bien, se constata que iniciar un proceso de acreditación implica un proceso beneficioso de análisis y reflexión, que permite ejercer transformaciones de valor añadido en los centros. En muchos casos, el proceso de acreditación ha generado una mejor organización y formalización del trabajo, y ha permitido identificar nuevas prácticas que mejoran la labor diaria en este ámbito en los centros.

Respecto a los cambios observados, se confirma el aumento en el número de casos de violencia detectados, en el tiempo de dedicación a las mujeres y en el desarrollo de las entrevistas. Asimismo, se observa un aumento en la demanda de formación en este ámbito entre el colectivo profesional, así como una mayor implicación del mismo en un mayor número de acciones formativas y de sensibilización en el entorno.

Con respecto a la sostenibilidad, tres aspectos se perciben como los más afianzados: la formación de los profesionales, el nombramiento de referentes de violencia de género en los centros, y los protocolos y acciones de coordinación entre atención primaria y hospitalaria. Por contra, se perciben como difíciles de mantener: la investigación (por falta de tiempo dado la alta carga de trabajo asistencial) y la coordinación con otros organismos a través de las mesas municipales (la alta rotación del personal dificultaría también este aspecto).

En el apartado de valoración general, las personas encargadas de las evaluaciones externas coinciden en considerar que el PACCCVG es útil, y algunas añaden además que es necesario. La mayoría resalta que, a través del mismo, se consigue sensibilizar y motivar en mayor medida al colectivo profesional de los centros sanitarios, y se facilita un reconocimiento a su labor. Además, se defiende que contribuya a la visibilización de esta problemática y a la mejora de los circuitos de atención a las víctimas.

Cuestionarios dirigidos a profesionales

Los resultados de los cuestionarios dirigidos a la plantilla de los centros acreditan una mayor implicación de este colectivo y una mejora de la calidad de la atención percibida. Las y los profesionales han

respondido indicando que ha aumentado su propia implicación, motivación y sensibilización (y la de sus compañeras/os) respecto al tema de la violencia de género. Asimismo, se refleja que el PACCCVG ha llevado a un mayor conocimiento de los protocolos existentes (71,57% en acreditados y 33,27% no acreditados) y de la persona de referencia de violencia de género de cada centro (70% en acreditados y 18,5% no acreditados). En los centros acreditados, el colectivo profesional ha recibido en los últimos años una mayor formación relacionada con la temática (76,6%) que en los centros no acreditados (30,3%). Así también, el colectivo profesional se percibe como más auto eficaz, implicado y con mayor capacidad de incidir en la resolución de esta problemática. Un aspecto adicional que redunda en la calidad de la atención es que los centros acreditados disponen de espacios específicos designados, privados y confidenciales, para la atención a víctimas, que ofrecen un clima de seguridad y confiabilidad a las víctimas.

Cuestionarios al entorno

Los resultados de los cuestionarios cumplimentados por el entorno comunitario reflejan resultados dispares respecto a los resultados expuestos hasta aquí. Los entes locales de influencia de los centros estudiados indican no haber percibido un cambio en la implicación y en la participación de los centros sanitarios participantes en el PACCCVG y, en algunos casos, incluso destacan con mejores puntuaciones los centros no acreditados que los acreditados (p.ej.: la participación en actividades comunitarias relacionadas con la violencia de género (60,47% de participación entre centros no acreditados y 30,59% de los acreditados), o la satisfacción de los ayuntamientos con la implicación de los centros en las comisiones de violencia de género municipales es mayor con los centros no acreditados (95%) que con los acreditados (66,67%). No obstante, sí se mantienen puntuaciones más positivas de los centros acreditados en otras acciones, como son la firma de manifiestos y concentraciones públicas, o en la colaboración en acciones de sensibilización y formación.

Discusión

Hasta donde conocemos, el Proyecto de Acreditación de Centros Comprometidos Contra la Violencia de Género de Andalucía es una iniciativa pionera y única en España. A la vista de los resultados de seguimiento y de evaluación tras los primeros tres años de actividad, el proyecto es valorado positivamente, mantiene su continuidad, así como sus planes futuros de desarrollo y mejora.

El 67,3% de los centros directivos sanitarios de titularidad pública que existen en Andalucía en la actualidad ya se han acreditado, y desde ellos se espera que se vaya escale de manera progresiva a la totalidad de los centros sanitarios de Andalucía.

Según la evaluación llevada a cabo, se ha podido confirmar que, de manera destacada, el PACCCVG ha contribuido a reforzar medidas protocolizadas de detección, intervención y coordinación, ha fortalecido las comisiones de violencia de género en los centros e institucionalizado la figura de la persona referente en este tema, y ha favorecido la adquisición de competencias en el colectivo profesional de los centros acreditados. Asimismo, ha contribuido a aumentar la homogeneidad, agilidad, integralidad y confiabilidad de las intervenciones, y se ha observado una mayor implicación de la gerencia de los centros y un mayor uso de herramientas de difusión.

El hecho de que los estándares promovidos por el PACCCVG sean compartidos por todos los centros participantes ha enfatizado y reforzado la homogeneidad en la atención a las víctimas en el territorio de la Comunidad Autónoma de Andalucía. Incluso se ha confirmado que, también para los centros sanitarios no acreditados, los recursos del PACCCVG suponen una referencia útil y valiosa en esta cuestión.

Los centros acreditados han aumentado su oferta formativa y han incidido para que su personal participe en acciones formativas relacionadas con la violencia de género. Fruto de este esfuerzo, sus profesionales disponen con mayor frecuencia de esta formación, y expresan que tienen más preparación para intervenir en estos casos de violencia. En vista de las respuestas obtenidas en los cuestionarios profesionales, pueda afirmarse que las plantillas de los centros acreditados se sienten con más capacidad de incidencia en los tipos de intervención planteadas, en comparación con las plantillas de los centros

no acreditados. Según el colectivo profesional entrevistado y encuestado, el PACCCVG habría contribuido a mejorar la coordinación con otros recursos sanitarios y no sanitarios para ofrecer una atención más integral a las mujeres víctimas de violencia.

Se considera que el proceso de acreditación estimula que los centros identifiquen y establezcan un horizonte de mejora constante, introduciendo nuevas medidas u optimizando las que ya existían. Tanto el procedimiento ideado por el PACCCVG, como la herramienta informática específica diseñada (Belt IA- Violencia de Género) pueden adaptarse y servir de base para este tipo (u otro tipo) de certificaciones en diferentes entornos (por ejemplo, siguiendo una petición de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Granada, el Comité Técnico del PACCCVG ha ofrecido un "Manual de Estándares para la Acreditación de Centros Universitarios Libres de Violencia de Género). Su estandarización y fácil manejo hacen viable que esta iniciativa sea replicable en otros contextos y otras regiones, tanto a nivel nacional, como europeo o internacional.

En estudios sucesivos sería conveniente que se incorpore también la visión de las personas que reciben la atención en los centros. Para ello habrá de prepararse concienzudamente un sistema de seguimiento y evaluación que impida cualquier tipo de revictimización en las mujeres. Asimismo, se deberá seguir ahondando en la posible diferencia entre los centros acreditados y los no acreditados en diversas áreas (como la detectado a través de los cuestionarios a los servicios municipales). Serás preciso, finalmente, aspirar a la gradual implantación en todos los centros sanitarios de Andalucía, para lo cual será preciso continuar actualizando el manual de estándares, así como el resto de recursos y materiales de difusión del proyecto. La sostenibilidad del proyecto puede garantizarse, por el momento, a través de los recursos que se reciben vía el Ministerio de Igualdad, no obstante, promover la investigación y la difusión del conocimiento científico sobre este tema, puede llevar a aumentar la solidez en el diseño de futuras políticas en el este asunto. El recientemente publicado Decreto 60/2023, de 7 de marzo⁽⁶⁾, por el que se crea y regula el funcionamiento de la Comisión de Coordinación y Colaboración en Materia de Violencia de Género en el Sistema Sanitario Público de Andalucía puede ser un instrumento idóneo también para las sucesivas mejoras a incorporar en el PACCCVG.

Discussion

As far as we know, the Andalusian Accreditation Project for Centres Committed Against Gender-based Violence (PACCCVG) is a pioneering and unique initiative in Spain. In view of the monitoring and evaluation results after the first three years of activity, the project is valued very positively, therefore it will maintain its continuity as well as its future development and improvement plans. Of the existing 52 Public Health Directive Centres in Andalusia, 35 (67.3%) have already been accredited. From them, it is expected that the PACCCVG will gradually scale up to all the health centres in Andalusia.

According to the evaluation carried out, the PACCCVG has contributed to reinforcing protocolized detection, intervention and coordination measures, strengthening the gender-based violence commissions and institutionalizing the reference person in this area. It has also favoured the acquisition of competences among professionals of accredited centres. Likewise, it has contributed to increasing the homogeneity, agility, comprehensiveness and reliability of the interventions. It has been confirmed a greater managerial involvement and an enhanced use of dissemination tools.

The fact that the standards promoted by the PACCCVG are shared by all participating centres has emphasized and reinforced the homogeneity in care for victims. It has even been confirmed that, also for non-accredited health centres, the PACCCVG resources are found to be of use as a valuable reference on this issue.

The accredited centres have increased their training offer and have encouraged their staff to participate in training actions related to gender violence. As a result of this effort, their professionals more frequently express that they are more prepared to intervene in cases of gender-based violence and they feel they have a greater capacity to influence the types of intervention proposed, in comparison with the staff of the non-accredited centres.

It is considered that the accreditation process encourages centres to identify and establish a horizon for constant improvement, introducing new measures or optimizing existing ones. Both the procedure devised by the PACCCVG, and the specific computer tool designed (Belt IA- Gender-based Violence) can be adapted and serve as the basis for this type (or another type) of accreditation in different environments (for example, following a request from the Faculty of Health Sciences of the University of Granada, the Technical Committee of

the PACCCVG has offered a "Manual of Standards for the Accreditation of University Centres Free of Gender-based Violence). Its standardization and easy handling make it possible for this initiative to be replicated in other contexts and other regions, both at a national, European or international level.

In successive studies it would be convenient to also incorporate the vision of the people who receive care in the centres. To do this, it will have to conscientiously prepare a monitoring and evaluation system that prevents any type of re-victimization in women. Likewise, the possible difference between accredited and non-accredited centres in various areas (such as that detected through the questionnaires for municipal services) should continue to be explored. Finally, it is necessary to aspire to the gradual implementation in all health centres in Andalusia, so it will be necessary to continue updating the standards manual, as well as the rest of the project's resources and dissemination materials. The sustainability of the project can be guaranteed, for the moment, through the resources received via the Ministry of Equality. Promotion of the research and the dissemination of scientific knowledge on this subject will definitely lead to an increase in the solidity of the design. future policies on this matter. The recently published Decree 60/2023, of March 7 (8), which creates and regulates the operation of the Commission for Coordination and Collaboration in Matters of Gender-Based Violence in the Public Health System of Andalusia can be an ideal instrument also for the successive improvements to be incorporated into the PACCCVG.

Conclusiones

El PACCCVG es, hasta donde conocemos, una iniciativa única y pionera en España, que contribuye a fortalecer a los centros sanitarios de Andalucía como entornos confiables, seguros y especializados en el abordaje y atención a la violencia de género, con profesionales que emplean, de manera cualificada y personalizada, medidas ágiles y homogéneas de detección, intervención y coordinación que apoya la sensibilización ante este problema tan sensible. Tanto el PACCCVG como su procedimiento han recibido una evaluación muy positiva. Se ha confirmado que se han obtenido efectos beneficiosos en los centros participantes, los cuales han reforzado sus órganos

especializados, mejorado sus recursos y sus direcciones han apoyado una mayor difusión y prestado una mayor atención en esta problemática. Asimismo, se han confirmado que el colectivo profesional se ha capacitado, sensibilizado e implicado más en las intervenciones de casos de violencia de género. Por último, se ha constatado que, tras la acreditación, los centros observan un mayor esfuerzo en la atención de calidad a las víctimas de violencia de género. Por el contrario, aun se observan diversas áreas de mejoras, como en determinados sistemas de registro, así como en la coordinación con diversos agentes, como con las entidades municipales del entorno. La mejora continua del PACCCVG y gradual implantación del mismo al resto de centros sanitarios de Andalucía son los próximos retos.

Conclusions

The Andalusian Accreditation Project for Centres Committed Against Gender-based Violence (PACCCVG) is, as far as we know, a unique and pioneering initiative in Spain, which contributes to consolidating Andalusian health centres as reliable, safe and specialized environments, with professionals who employ, in a qualified and personalized way, agile and homogeneous detection, intervention and coordination measures that support and enhance awareness on this sensitive problem. Both the PACCCVG and its procedure have received a very positive evaluation. It has been confirmed that beneficial effects have been obtained in the participating centres, which have strengthened their specialized bodies, improved their resources, and their directorates have supported greater dissemination for and paid more attention to this problem. Likewise, it has been confirmed that more professionals have been trained, and are more involved in interventions in cases of gender-based violence. Finally, it has been shown that, after the accreditation, centres observe greater efforts in care of gender-based violence victims. Various areas of improvement are still considered, such as in some data registration systems, as well as in the coordination with different agents, such as with each surrounding municipal entity. Future challenges also are the continuous improvement of the PACCCVG and its gradual implementation in the rest of the health centres in the wide region of Andalusia.

Declaración de transparencia

El autor principal (defensor del manuscrito) declara que el contenido de este trabajo es original y no ha sido publicado previamente ni está enviado ni sometido a consideración a cualquier otra publicación, en su totalidad o en alguna de sus partes. El resto de autores/as han contribuido sustancialmente en el análisis, interpretación, revisión crítica del contenido y la aprobación definitiva del presente artículo.

Fuentes de financiación

Proyecto financiado con fondos del Ministerio de Igualdad (Secretaría de Estado de Igualdad y contra la Violencia de Género) en el marco del Pacto de Estado contra la Violencia de Género, gestionados por la Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica de la Consejería de Salud y Consumo de la Junta de Andalucía.

Conflicto de intereses

No existen conflictos de intereses entre las y los participantes.

Publicación

El presente trabajo no ha sido presentado en congresos o eventos científicos. Una parte del mismo se ha incluido como propuesta para el I Certamen de la Fundación HUMANS para la promoción de la humanización de la asistencia sanitaria.

Agradecimientos

A quienes han contribuido al inicio y desarrollo de la acreditación de los Centros sanitarios comprometidos contra la violencia de género y, en particular, a los propios Centros adheridos y a sus profesionales. Asimismo, al equipo del Área de Evaluación de Políticas Públicas del Instituto Andaluz de Administración Pública por la exhaustiva y diligente evaluación llevada a cabo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Subdirección General de Sensibilización, Prevención y Estudios de la Violencia de Género (Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género) 2019. Macroencuesta de Violencia contra la Mujer https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/macroencuesta2015/pdf/Macroencuesta_2019_estudio_investigacion.pdf

2. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía (BOJA) número 232, viernes 2 de diciembre de 2022, p 19757/1-25. Acuerdo de 29 de noviembre de 2022, del Consejo de Gobierno, por el que se toma conocimiento del informe de la Consejería de Salud y Consumo sobre el seguimiento de los proyectos y programas en materia de salud financiados con fondos del Pacto de Estado contra la Violencia de Género para el año 2022, así como de la actividad realizada por los Equipos Provinciales de Atención a la Mujer y Familia. https://juntadeandalucia.es/boja/2022/232/BOJA22-232-00025-19757-01_00272972.pdf
3. Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género 2019. Documento refundido de medidas del Pacto de Estado en materia de violencia de género. Congreso + Senado. https://violenciagero.igualdad.gob.es/pactoEstado/docs/Documento_Refundido_PEVG_2.pdf
4. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía 2020: Centros Comprometidos Contra la Violencia de Género. Manual de estándares. <https://www.acsa.junta-andalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/archivo/manual-de-estandares-de-centros-comprometidos-contra-la-violencia-de-genero.pdf>

5. López G. (2020). Belt-IA Violencia de Género (Versión 1.0) [Windows ASP]. Sevilla. Fundación Progreso y Salud – Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía. Consejería de Salud y Consumo. Junta de Andalucía. Belt-IA – Violencia de Género. <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/centros-comprometidos-contra-violencia-genero/>
6. Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía 2023. Espacio web de Centros Comprometidos Contra la Violencia de Género: <https://www.acsa.junta-andalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/acreditacion-centros-comprometidos-contra-la-violencia-de-genero/>
7. Instituto Andaluz de Administración Pública (2023). Informe Final. Evaluación de los efectos de la acreditación como Centros Comprometidos contra la violencia de género. http://www.juntadeandalucia.es/publico/anexos/evaluacion/Centros_Violencia_Genero.pdf
8. Boletín Oficial de la Junta de Andalucía. Decreto 60/2023, de 7 de marzo, por el que se crea y regula el funcionamiento de la Comisión de Coordinación y Colaboración en Materia de Violencia de Género en el Sistema Sanitario Público de Andalucía. <https://juntadeandalucia.es/boja/2023/47/4>



Uso de toxina botulínica en el síndrome de meige: intervención enfermera

Ordoñez-Marchena, A. Rodríguez-Peña, B. Ortínez-Martínez, R.
"Uso de toxina botulínica en el síndrome de Meige: intervención enfermera."

SANUM 2023, 7(2) 26-33

AUTORAS


Ana Ordóñez Marchena. Enfermera. UGC Medicina Interna. Hospital General Santa María del Puerto. José Manuel Pascual Pascual S.A. El Puerto de Santa María, Cádiz. España.

Belén Rodríguez Peña. Enfermera. Enfermera Dermoestética. Clínica Integral, Cádiz. España.

Raquel Ortínez Martínez. Enfermera. UGC Medicina Interna. Hospital General Santa María del Puerto. José Manuel Pascual Pascual S.A. El Puerto de Santa María, Cádiz. España.

Autora de Correspondencia:

Ana Ordóñez Marchena

 Ordonezmarchena97@gmail.com

Tipo de artículo:
Revisión.

Sección:
Enfermería, dermoestética.

F. recepción: 18-01-2023

F. aceptación: 09-03-2023

Resumen

El Síndrome de Meige (SM) es una rara alteración neurológica que aparece en personas de edad avanzada y con mayor frecuencia en mujeres entre los 50 y los 60 años.

Existen dos tipos de tratamientos para combatir dicha enfermedad: los quirúrgicos y los no quirúrgicos. Dentro de estos últimos se encuentran la toma de fármacos, la estimulación cerebral profunda, la rehabilitación y la toxina botulínica de tipo A (TBA).

Objetivo. Conocer la efectividad la toxina botulínica de tipo A como tratamiento no quirúrgico en el Síndrome de Meige.

Metodología. Se trata de una revisión bibliográfica narrativa basada en artículos científicos.

Resultados. La administración de toxina botulínica tipo A se realiza de manera ambulatoria, sin el uso de anestesia tópica ni general. Es un procedimiento momentáneo, así que el paciente puede incorporarse rápidamente a las actividades de la vida diarias y de esta forma incrementar su calidad de vida. La TBA comienza a hacer efecto entre 6-36 horas después de la inyección; el resultado en el músculo se produce entre los 2-3 días siguientes a la infiltración, y consigue su objetivo entre 5-14 días posteriores.

Conclusión. La sintomatología principal del Síndrome de Meige disminuye después del tratamiento con toxina botulínica tipo A, mejorando en gran medida la calidad de vida del paciente. La administración sucesiva retrasa la reinstauración de los síntomas, sobre todo el blefaroespasmos y la distonía oromandibular.

Palabras clave:

Síndrome de Meige;
Toxina botulínica;
Distonía;
Blefaroespasmos.

Use of botulinum toxin in meige syndrome: nursing intervention

Abstract

Meige Syndrome (MS) is a rare neurological disorder that appears in elderly people and more frequently in women between 50 – 60 years old.

There are two types of treatments to combat this disease: surgical and non-surgical treatments. Non-surgical treatments include the taking of drugs, deep brain stimulation, rehabilitation, and botulinum toxin type A.

Objective. *To know the effectiveness of botulinum toxin type A as a non-surgical treatment in Meige Syndrome (MS)*

Method. *It is a narrative bibliographic review based on scientific articles.*

Result. *Botulinum toxin type A is administered on an outpatient basis, without the use of topical or general anesthesia. It is a temporary procedure, so the patient can quickly join the activities of daily living and thus increase their quality of life. TBA begins to work 6-36 hours after injection; the result in the muscle occurs between 2-3 days after the infiltration, and achieves its objective between 5-14 days after.*

Conclusion. *The main symptoms of Meige Syndrome decrease after treatment with botulinum toxin type A, greatly improving the patient's quality of life. Successive administration delays the return of symptoms, especially blepharospasm and oromandibular dystonia.*

Key word:

Meige Syndrome;
Botulinum Toxin, Type A;
Dystonia;
Blepharospasm.

Introducción

El Síndrome de Meige (SM) es una rara alteración neurológica que aparece en personas de edad avanzada y que afecta mayormente a la población femenina. La edad de comienzo se encuentra entre los 50-60 años y su sintomatología más común incluye blefaroespasma asociado a distonías craneales segmentarias; las más frecuentes son las oromandibulares.⁽¹⁾

En dicho síndrome concurren tanto mecanismos centrales del sistema neuromuscular como mecanismos periféricos. La sintomatología más común evoluciona durante el trascurso de la enfermedad, pasando de un simple parpadeo a espasmos repetidos que el sujeto es incapaz de controlar. Éstos pueden adoptar una forma tónica con una duración aproximada de segundos o algunos minutos y afectando, la mayoría de las veces, a otros órganos sensoriales.⁽²⁾

Según la etiología del Síndrome de Meige podemos distinguir dos tipos⁽¹⁾.

- Primario:

Conocido como una distonía que ocurre en adultos. Está relacionado con la ingesta de fármacos neurolépticos, levodopa y medicamentos descongostivos y parcialmente relacionado con otros fármacos como carbamazepina. Está también asociado a otras enfermedades como los trastornos psiquiátricos, las infecciones, ciertos síndromes oculares o la Tiroiditis de Hashimoto (enfermedad tiroidea autoinmune).⁽³⁾

- Secundario:

Relacionado con otras enfermedades del Sistema Nervioso Central (SNC).⁽¹⁾

El SM cursa con varios signos y síntomas entre los que se puede destacar principalmente la distonía oromandibular y el blefaroespasma benigno. Éste último se distingue por un fuerte cierre inesperado de los párpados bilaterales causados por temblores del músculo orbicular. Son más frecuentes en la cara, la boca, la mandíbula, la lengua, la faringe y el cuello. Al principio, los espasmos son más leves e infrecuentes, pero estos van desarrollándose progresivamente.⁽⁴⁾

Blefaroespasma:

La etiología del blefaroespasma es actualmente desconocida pero diversos autores apuntan a un origen multifactorial. De hecho, distintos estudios demuestran que la mayoría de ellos cursaban con síntomas oculares sensoriales como la irritación de ojos y la fotofobia, los cuales pueden ser provocados por el sistema nervioso simpático. Existen ciertos

factores que pueden empeorar la clínica como demasiada claridad, estrés, fatiga, conducir, leer o ver la televisión.⁽⁵⁾

Sin embargo, a través del reposo, la concentración, tarareando, hablando, durmiendo a oscuras o desviando la vista hacia abajo los pacientes pueden notar un gran alivio de los síntomas. Además, al aplicar presión en la sien o cerrando los ojos también se logra paliarlos.⁽⁴⁾

En la Figura 1 podemos observar como una paciente con blefaroespasma esencial benigno hace un gesto significativo parecido a "fruncir el ceño".⁽⁶⁾



Figura 1. Paciente con blefaroespasma esencial benigno.⁽⁶⁾

Como ya hemos comentado anteriormente, la sintomatología del blefaroespasma es progresiva. Al principio se producen parpadeos frecuentes, pero conforme evoluciona la enfermedad los espasmos se vuelven fuera de control. Estos espasmos podrían durar algunos segundos, incluso varios minutos e incorporar contracciones rítmicas que entorpecen la visión y con ello empeorar la calidad de vida y el bienestar de la persona que lo padece⁽²⁾.

Para el diagnóstico del blefaroespasma es necesario realizar un examen neurológico y un examen oftalmológico. El tratamiento puede ser no quirúrgico o bien, quirúrgico. El primero consiste en inyecciones de toxina botulínica o ciertos fármacos que alivian los síntomas. En cambio, el tratamiento quirúrgico consiste en una miectomía (extracción del músculo orbicular). Este último procedimiento se realiza median anestesia local y sedación.⁽⁷⁾ Para valorar la intensidad de la afectación de los grupos musculares implicados se usa la escala de clasificación del blefaroespasma (Blepharospasm rating scale). Esta escala mide el blefaroespasma en actividades de la vida diaria.⁽⁸⁾

Distonía:

Actualmente, el Síndrome de Meige es conocido como un tipo de distonía craneal segmentaria. Se distingue de las distonías focales en que no perjudican a un solo grupo muscular, sino que implican a varios grupos musculares craneales.⁽¹⁾

La distonía es el término utilizado para describir a un grupo de enfermedades caracterizadas por espasmos musculares involuntarios que producen movimientos y posturas anormales. Estos espasmos pueden afectar a una pequeña parte del cuerpo como los ojos, el cuello o la mano (distonías focales). Si afecta a dos partes vecinas como el cuello y un brazo se denominaría distonía segmentaria. En el caso de que afecte a todo un lado del cuerpo se llamaría hemidistonía. Si se trata de todo el cuerpo sería una distonía generalizada.⁽⁷⁾

Distonía Oromandibular:

La distonía oromandibular es el signo característico del SM, es de tipo focal y cursa con movimientos incontrolados en los músculos encargados

de la masticación, musculatura inferior de la cara y los músculos de la lengua. En casos graves, este síntoma impide la deglución e incluso el habla. La distonía oromandibular desaparece mientras la persona duerme y empeora con situaciones estresantes. Para detectar el grado y la gravedad de este signo se usan la Escala de Evaluación de la Distonía Oromandibular.⁽⁸⁾

Existen dos tipos de distonía oromandibular en función de la etiología: Primaria: De causa desconocida. Secundaria: Relacionada con la ingesta de fármacos, en concreto neurolépticos.⁽¹⁾

Respecto al tratamiento, este consistirá en la toma de fármacos, la estimulación cerebral profunda y la toxina botulínica de tipo A, siendo esta última la opción la más indicada.⁽¹⁾⁽³⁾

La figura 2 muestra a una persona que padece Síndrome de Meige, el cual tiene un claro signo de distonía oromandibular. En las dos primeras secuencias se puede observar como el paciente sufre dicho signo. En la tercera secuencia vemos al mismo paciente tras ser tratado con toxina botulínica.⁽⁹⁾



Figura 2. Distonía Oromandibular tratada con Neurotoxina Botulínica.⁽⁹⁾

Metodología

Se basa en una revisión bibliográfica narrativa fundamentada en la evidencia científica contemporánea referente al Síndrome de Meige y la toxina botulínica tipo A. Para ello, se ha realizado una exhaustiva búsqueda bibliográfica en la que se han empleado artículos cuya fecha de publicación se encuentra comprendida entre los años 2012 y 2022.

Las bases de datos consultadas fueron: *Medline*, *SciELO*, Biblioteca Cochrane, Science Direct y *Google Scholar*. Así mismo, se ha consultado también algunas páginas webs acreditadas.

Para elaborar la estrategia de búsqueda se han empleado palabras claves en distintos idiomas, español e inglés, acordes a los Descriptores de Ciencia de la Salud (DeCS) y a los MeSH (Medical Subject Headings): *Síndrome de Meige (Meige Syndrome)*,

toxina botulínica (botulinum toxin type A), *distonía (Dystonia)* y *blefaroespasma (blepharospasm)*.

Resultados

La toxina botulínica y el Síndrome de Meige (SM).

Entre los tratamientos para el SM está la infiltración de un número repetido de veces la Toxina Botulínica de tipo A (TBA) en los músculos implicados. La Toxina Botulínica de tipo A (TBA) es una neurotoxina de 150 kDa, originada por el *Clostridium botulinum*⁽¹⁰⁾.

El *Clostridium Botulinum* posee una fracción neurotóxica consistente en una proteína con un peso molecular de aproximadamente 900.000 daltons. El

tipo A fue la primera aislada y purificada. Además, es la más usada en la clínica por varias razones: *disponibilidad, aspecto inmunológico, seguridad y eficacia*. Su mecanismo de actuación es bloquear la liberación de acetilcolina a nivel de las terminaciones nerviosas colinérgicas periféricas por escindir del complejo SNAP-25, proteína necesaria para la fijación y la liberación de acetilcolina de las vesículas situadas en las terminaciones nerviosas.⁽¹¹⁾

La TBA tiene distintos nombres comerciales dependiendo de los laboratorios que la produzcan. Bótox® es originada por Allergan. De igual manera, también existe la Xeomin® (Merz company) en Alemania, la Dysport® (Speywood) en otros países europeos y la Lanzhou® en China.⁽¹²⁾

Se aconseja que la primera dosis aplicada sea moderada (3,0 Unidades de Bótox® y 6,0 Unidades de Dysport®), aunque podrá volverse a ajustar en las próximas administraciones. La cantidad que se infiltra en cada lugar de inyección depende del grado en el que se encuentre el espasmo del músculo a tratar; no debe sobrepasar los 0,1 mL. Antes de la administración es necesario conocer el plano submuscular del sujeto, impidiendo las inyecciones subcutáneas que normalmente van seguidas de ptosis palpebral⁽⁶⁾.

Para localizar de una manera más concisa y exacta los músculos afectados a inyectar, se debe hacer una guía electromiográfica.⁽⁹⁾ Este tratamiento se usa de manera ambulatoria, sin el uso de anestesia tópica ni general. Es un procedimiento momentáneo, así que el paciente puede incorporarse rápidamente a las actividades de la vida diarias y de esta forma incrementar su calidad de vida⁽¹²⁾. La TBA comienza a hacer efecto entre 6-36 horas después de la inyección; el resultado en el músculo se produce entre los 2-3 días siguientes a la infiltración, y consigue su objetivo entre 5-14 días posteriores.⁽¹¹⁾

Los efectos locales más frecuente a la hora de inyectar la toxina botulínica en los músculos orbitarios son el debilitamiento del músculo elevador, originando ptosis. Los efectos locales menos comunes son el entumecimiento facial, diplopía y ectropión.⁽²⁾ Generalmente, los efectos adversos son infrecuentes, livianos y transitorios. Actualmente no hay constancia de que existan efectos clínicos irreversibles.⁽¹¹⁾⁽¹²⁾

La mayoría de los autores coinciden en describir el tratamiento como seguro y ausente de efectos adversos (tanto sistémicos como locales) ya que, hasta la fecha, no existe publicación alguna sobre casos de toxicidad sistémica.⁽¹³⁾ Sin embargo, existe una serie de precauciones a considerar previamente a la inyección de la TBA:⁽¹⁴⁾

Pacientes con problemas en la deglución o al respirar.

- Excesiva debilidad muscular o atrofia del músculo a inyectar.
- Antecedentes de disfagia y aspiración broncopulmonar.
- Presencia de trastornos hemorrágicos o tratamientos anticoagulantes.
- Procesos inflamatorios en la zona de infiltración.
- La administración de BTX-A puede producir astenia, debilidad muscular y otras reacciones adversas como mareo y alteraciones visuales. Se aconseja evitar realizar actividades potencialmente peligrosas como conducir o uso de maquinarias peligrosas.

Enfermería y Síndrome de Meige

Durante años, se ha recurrido al tratamiento con TBA solamente para fines estéticos. En cambio, actualmente también se utiliza para el tratamiento de algunas patologías tales como el Síndrome de Meige.⁽¹²⁾

El mundo de la enfermería estética no se basa solamente en aplicar técnicas de origen científico sino en demostrar que se usan medidas individualizadas destinadas a que el paciente recupere la capacidad de enfrentarse a ciertas situaciones, mejorando la calidad de vida del individuo en cuestión.⁽¹⁵⁾

Para ello, es necesario una buena valoración y manejo terapéutico de todo aquel paciente que presente alteración del control motor.⁽¹⁾ La ponderación de los datos clínicos por parte de todo el equipo sanitario y la evaluación conjunta de pruebas diagnósticas, llevan consigo un factor de complejidad donde será necesario concentrar los recursos y la experiencia multidisciplinar, para llegar a un diagnóstico preciso y fiable. En este sentido, las intervenciones de enfermería se caracterizan por ser polivalentes, flexibles y de carácter multidisciplinar.⁽²⁾

Según un comunicado oficial del Consejo General de Enfermería sobre el papel de las enfermeras en el ámbito de la dermoestética (Madrid, 26 de octubre de 2020), los enfermeros están capacitados y son responsables de aplicar los cuidados generales mediante sus diagnósticos de enfermería. En este comunicado también se indica y apela a una responsabilidad entre los profesionales sanitarios y un respeto hacia la profesión de enfermería cuyas funciones no se podrían poner en duda bajo ningún caso ya que consta de plena autonomía científica y técnica.⁽¹⁶⁾

Discusión

Actualmente son pocos los estudios que analizan los tratamientos para el Síndrome de Meige (SM). Esto es debido a que, en su mayoría, las últimas investigaciones realizadas se han centrado principalmente en aliviar y mejorar los síntomas que origina dicha enfermedad.

Las personas que padecen el SM suelen vivir situaciones estresantes ya que esta patología origina, en numerosas ocasiones, alteraciones psicológicas tales como depresión, baja autoestima, deterioro de la calidad de vida, estrés emocional y, en algunos casos, dismorfofobia.

La opción de elección de estos pacientes es la Toxina Botulínica de tipo A (TBA), dado que presenta menos efectos secundarios, una alta comodidad y es de actuación rápida en comparación con los tratamientos farmacológicos, los cuales son más duraderos en el tiempo, pero más insatisfactorios. Existe una relación directa entre el número de infiltraciones y la mejora clínica. Cabe destacar que las ventajas de la TBA residen en la eficacia y en el alivio, casi inmediato, de los síntomas. Hasta el momento, no existe evidencias científicas alguna que demuestren posibles adversos.

La enfermería dermoestética es una variante de la medicina estética pero ejercida exclusivamente por los profesionales de enfermería. Se trata de una disciplina poco conocida que, poco a poco se va abriendo camino con el objetivo de realizar tratamientos estéticos no quirúrgicos.

El papel de la enfermería en el desempeño de esta técnica y la estrecha cooperación entre los diferentes sanitarios es fundamental, ya que estos se deben encargar de valorar al paciente, identificar el diagnóstico e intervenciones a llevar a cabo y evaluar la evolución del paciente. Por lo tanto, que el personal de enfermería sepa manejarse en este ámbito y posea unos conocimientos específicos de la anatomía facial es esencial. De este modo, podrán hallar los puntos de punción correctos para la inyección de la TBA.

Discussion

Currently, there are few studies that analyze the treatments for Meige Syndrome (MS). This is due to the fact that the latest research carried out has focused on relieving and improving the symptoms caused by this disease.

People who suffer this disease often experience stressful situations and psychological alterations such as depression, low self-esteem, emotional distress and dysmorphophobia.

The option of choice for these patients is type A Botulinum Toxin (BTA). This is because it has fewer side effects, high comfort and is fast – acting compared to pharmacological treatments. There is a direct relationship between the number of infiltrations and clinical improvement. It should be noted that the advantages of BTA lie in its efficacy and symptom relief. So far, there is no scientific evidence to show possible adverse effects.

Dermo – aesthetic nursing is a variant of aesthetic medicine but practiced exclusively by nursing professionals. It is a little – known discipline that, little by little, is making its way with the aim of performing non – surgical aesthetics treatments.

The role of nursing in the performance of this technique and the close cooperation between the different healthcare providers is essential. These should be in charge of assessing the patient, identifying the diagnosis and interventions to be carried out, and evaluating the evolution of the patient. Therefore, it is essential that nursing staff know how to handle themselves in this area and have specific knowledge of facial anatomy. In this way, they will be able to find the correct puncture points for the injection of the BTA.

Conclusiones

- La toxina botulínica tipo A posee eficacia en el tratamiento del Síndrome de Meige.
- La sintomatología principal del Síndrome de Meige disminuye después del tratamiento con toxina botulínica tipo A: blefaroespasmos y distonía oromandibular.
- La toxina botulínica mejora la calidad de vida del paciente.
- La administración de toxina botulínica tipo A en pacientes con blefaroespasmos y distonía oromandibular (mayores de 18 años) constituye una técnica segura.
- La administración sucesiva de toxina botulínica tipo A retrasa la reinstauración de los síntomas del Síndrome de Meige.
- La toxina botulínica tipo A debe ser considerada como el tratamiento de elección principal para tratar el Síndrome de Meige.

Conclusions

- Botulinum toxin type A is effective in the treatment of Meige Syndrome.
- The main symptoms of Meige's Syndrome decrease after treatment with botulinum toxin type A: Blepharospasm and oromandibular dystonia.
- Botulinum toxin improves the patient's quality of life.
- The administration of botulinum toxin type A in patients with blepharospasm and oromandibular dystonia, over 18 years old, is a safe technique
- The successive administration of botulinum toxin type A delays the reintroduction of symptoms of Meige's Syndrome.
- Botulinum toxin type A should be considered as the main treatment of choice to treat Meige's Syndrome.

Declaración de transparencia

La autora principal (defensora del manuscrito) declara que el contenido de este trabajo es original y no ha sido publicado previamente ni está enviado ni sometido a consideración a cualquier otra publicación, en su totalidad o en alguna de sus partes.

Fuentes de financiación

No se ha recibido financiación.

Conflicto de intereses

No existe conflicto de intereses entre los participantes.

Publicación

Este trabajo de revisión no ha sido presentado en ninguna ponencia, comunicación oral, póster en ningún congreso o evento científico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Pedrero-Escalas MF, García-López, Santiago-Pérez, Vivancos, Gavilán. (Enero-febrero 2019). Experiencia clínica en pacientes con síndrome de Meige primario y disfonía espasmódica. Vol. 70, 1-5. <https://doi.org/10.1016/j.otoeng.2018.10.003>
2. Valadez-Jiménez, V. M., Rodríguez-Mauricio, A. F., Santamaría-Molina, S. J., & García-Arango, A. V. (2020, noviembre). Manejo integral del síndrome de Meige. In *Anales de Otorrinolaringología Mexicana* (Vol. 65, No. 4, pp. 221-233).
3. Ruíz, M. L., Santamaría, S., & Ramos, I. V. (2019). Síndrome de Meige. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 10(2), 80-89.
4. Lee, JM, Baek, JS, Choi, HS, Kim, SJ y Jang, JW (2018). Características clínicas del blefaroespasmoesencial benigno en pacientes coreanos. *Revista coreana de oftalmología: KJO*, 32 (5), 339-343. <https://doi.org/10.3341/kjo.2018.0038>.
5. Nicoletti, André Gustavo Bombana, Aoki, Lísia, Nahas, Tatiana Rizkallah, & Matayoshi, Suzana. (2010). Blefaroespasmoesencial: revisão da literatura. *Arquivos Brasileiros de Oftalmologia*, 73(5), 469-473. <https://doi.org/10.1590/S0004-27492010000500018>
6. Pola Alvarado, Lester, Pérez García, Eliecer, Juvier Riesgo, Tamara, Rodríguez Martín, Yoel N, Columbié Garbey, Yannara, & Santiesteban Freixas, Rosaralis. (2012). Las distonías craneales en oftalmología. *Revista Cubana de Oftalmología*, 25(1), 145-154. Recuperado en 02 de junio de 2021, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762012000100016&lng=es&tlng=es.
7. Lucci, Lucia Miriam Dumont. (2002). Blefaroespasmoesencial benigno. *Arquivos Brasileiros de Oftalmologia*, 65 (5), 585-589. <https://doi.org/10.1590/S0004-27492002000500017>
8. Bermejo-Pareja, F; Porta-Etessam, J; Díaz-Guzmán, J; Martínez-Martín, P. 2019. Más de cien escalas en neurología. Serie Manuales Biblioteca Aula Médica.
9. Genevieve Lynn Tan Yu, Raymond L. Rosales, Treatment of oromandibular dystonia using bo-

tulinum toxin injections – Case series and illustrative muscle targeting, Basal Ganglia, Volume 13, 2018, Pages 7-16, ISSN 2210-5336, <https://doi.org/10.1016/j.baga.2018.05.002>.

10. Sanz-Granda, Á., Martí, M. J., & Catalán, M. J. (2018). Análisis coste-utilidad de dos formulaciones de toxina botulínica de tipo A en el tratamiento del blefaroespasma y la distonía cervical en España. *Revista de Neurología*, 67(12), 465-472.
11. Rojas-Rondón, Irene, Llamas-Meriño, Jarleis, Ramírez-García, Lázara, Gómez-Cabrera, Clara, Rodríguez Salinas, Gustavo, & Álvarez Mesa, Nelsy. (2016). Aplicaciones de la toxina botulínica en afecciones palpebrales. *Revista Cubana de Oftalmología*, 29 (2), 316-331. Recuperado en 01 de febrero de 2021, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762016000200013&lng=es&tlng=es.
12. Rojas Rondón, Irene, Rodríguez Jiménez, Yamila, Padilla González, Carmen María, Miqueli Rodríguez, Maritza, González Pereira, Bárbara, & Vigoa Aranguren, Lázaro. (2017). Uso de la toxina botulínica en pacientes con alteraciones espásticas palpebrales. *Revista Cubana de Oftalmología*, 30(3), 1-9. Recuperado en 31 de enero de 2021, de [\[ci_arttext&pid=S0864-21762017000300005&lng=es&tlng=es\]\(http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762017000300005&lng=es&tlng=es\).](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=s-</div><div data-bbox=)

13. Oh, H. M., Park, J. H., Song, D. H., & Chung, M. E. (2015). Efficacy and Safety of a New Botulinum Toxin Type A Free of Complexing Proteins. *Toxins*, 8(1), 4. <https://doi.org/10.3390/toxins8010004>
14. Spain VV. Toxina botulínica tipo A [Internet]. *Vademecum.es*. Vidal Vademecum, 2020 [citado el 12 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.vademecum.es/principios-activos-toxina+botulinica+tipo+a-m03ax01+m1>
15. Escobar-Castellanos1, Blanca, & Sanhuesa-Alvarado2, Olivia. (2018). Patrones de conocimiento de Carper y expresión en el cuidado de enfermería: estudio de revisión. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 7(1), 27-42. <https://dx.doi.org/10.22235/ech.v7i1.1540>
16. Sala ÀP. Comunicado del Consejo General de Enfermería sobre el papel de las enfermeras en el ámbito de la dermoestética - CODITA [Internet]. *Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Tarragona*. 2020 [citado el 17 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.codita.org/2020/10/27/comunicado-del-consejo-general-de-enfermeria-sobre-el-papel-de-las-enfermeras-en-el-ambito-de-la-dermoestetica>

OPOSICIONES

Servicio Andaluz de Salud

i Una plaza te espera!

Rodio
oposiciones

**#EL
MOMENTO
ES AHORA**

www.edicionesrodio.com

Atención enfermera en trastornos de la conducta alimentaria

Andrades-Peña, D. Ordoñez-Marchena, A. Bernal-Zarzuela, P.
"Atención enfermera en trastornos de la conducta alimentaria."

SANUM 2023, 7(2) 34-45

AUTORES

Daniel Andrades Peña.
Enfermero.

UGC Medicina Interna.
Hospital General Santa
María del Puerto. José
Manuel Pascual Pascual
S.A. El Puerto de Santa
María, Cádiz. España.


**Ana Ordóñez Mar-
chena.** Enfermera. UGC
Medicina Interna. Hospital
General Santa María del
Puerto. José Manuel Pas-
cual Pascual S.A. El Puerto
de Santa María, Cádiz.
España.

Paola Bernal Zarzuela.
Enfermera. Hospital de
Día Pediátrico. Hospital
Universitario Jerez de la
Frontera, Cádiz. España.

**Autor de
correspondencia:**

Daniel Andrades Peña

Correspondencia:

 daniap233@gmail.com

Tipo de artículo:

Revisión.

Sección:

Enfermería médica.

F. recepción: 08-02-2023

F. aceptación: 27-03-2023

Resumen

En la actualidad, debido al uso de las redes sociales y los medios de comunicación, se está observando un aumento en la prevalencia de los trastornos de la conducta alimentaria. El origen de los trastornos de conducta alimentaria (TCA) es multifactorial y tiene consecuencias negativas sobre las personas que lo padecen, tanto a nivel físico como mental.

Objetivo: Analizar las intervenciones que el personal de enfermería puede llevar a cabo en los trastornos de la conducta alimentaria.

Metodología: Se trata de una revisión bibliográfica narrativa basada en artículos científicos procedentes de la biblioteca online Andaluza y de revistas científicas.

Resultados: Se han analizado intervenciones enfermeras dirigidas a la valoración general, así como la educación sanitaria y prevención a nivel de atención primaria (AP) y hospitalización.

Conclusión: Las intervenciones realizadas por la enfermera irán enfocadas a la prevención, tratamiento, educación y seguimiento de los trastornos de la conducta alimentaria.

Palabras clave:

Trastorno de la conducta
alimentaria;

Cuidados de enfermería;

Educación para la salud;

Familia.

Nursing care in eating behavior disorders

Abstract

Currently, due to the use of social networks and media, an increase in the prevalence of eating disorders is observed. The origin of the eating behavior disorders (ACT) is multifactorial and has negative consequences on people who suffer from it, both physically and mentally.

Objective: To analyze the interventions that nursing personnel can carry out in eating disorders.

Method: It is a narrative bibliographic review based on scientific articles. In the search scientific databases, online library Andaluza, and scientific journals have been used.

Result: The results analyzed nursing interventions aimed at the overall assessment, as well as health education and prevention at the level of primary care and hospitalization.

Conclusion: The interventions carried out by the nurse will focus on the prevention, treatment, education, and monitoring of eating disorders.

Key word:

Feeding and Eating Disorders;

Nursing Care;

Health Education;

Family.

Introducción

Los trastornos de la conducta alimentaria (en adelante, TCA) constituyen un grupo de patologías en las que el individuo enfermo manifiesta alteraciones en la manera de comer, ya sea por exceso o por defecto. Esta es la expresión más notable de la enfermedad, pero interiormente, esas personas presentan una gran inseguridad consigo mismas y con su percepción corporal.⁽¹⁾

Aunque estos trastornos están cobrando especial interés en la actualidad, no podemos obviar que hay múltiples referencias sobre los TCA desde tiempos inmemoriales. En el caso de la Anorexia Nerviosa (AN) el mismo Hipócrates, fundador de la medicina, en su libro Aforismos, ya hacía referencia a cuerpos impuros que rechazaban cualquier tipo de alimento y que negaban su propio apetito.⁽²⁾

En la actualidad, la teoría más aceptada habla de predisposición de la persona a caer en la enfermedad y de la importancia que tiene el entorno familiar. Además, es importante ver la relación que tiene esta patología con un Trastorno Obsesivo Compulsivo (en adelante, TOC).⁽²⁾

Tras la consulta de la quinta versión del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V) se plantea la siguiente clasificación para los distintos tipos de TCA: Anorexia Nerviosa (AN), Bulimia Nerviosa (BN), Trastorno de Atracón (TPA) y Trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TCANE).⁽³⁾

Anorexia Nerviosa (AN):

Trastorno psicossomático que da comienzo en la infancia o adolescencia. Sus principales características son la disminución excesiva de la ingesta, con la consiguiente pérdida peso grave y mantenida. Esto genera malnutrición progresiva con indicio de una psicopatología específica (variaciones en la percepción corporal y pavor a la obesidad).⁽⁴⁾

Existen subtipos específicos de anorexia nerviosa:⁽⁵⁾

- ~ **Restictivo:** Mientras tiene lugar el proceso de anorexia nerviosa, el usuario no requiere llevar a cabo atracones o purgas (p.ej., inducción del vómito o uso de laxativos, diuréticos o enemas). Este subtipo hace referencia a que la pérdida de peso se debe a conductas específicas como dieta, ayuno y/o ejercicio excesivo.⁽⁵⁾
- ~ **Compulsivo/purgativo:** mientras tiene lugar el proceso de anorexia nerviosa, el usuario requiere conductas compensatorias de atracón o purgativas (vómito inducido por el usuario, utilizar laxantes, diuréticos, enemas).⁽⁵⁾

Bulimia Nerviosa (BN)

Suele aparecer terminando la adolescencia. Los adolescentes suelen manifestar temor a aumentar de peso y tienden a encontrarse en rangos de normo o sobrepeso. Entre las características de la BN se encuentran las conductas compensatorias inapropiadas y el consumo rápido de cantidades grandes de alimentos (atracción).⁽⁴⁾

Trastorno por atracón (TPA)

Trastorno del comportamiento alimentario que se caracteriza por conductas compulsivas a través de atracones, donde el sujeto pierde el control sobre lo que come. La característica diferencia entre un TPA y la ruptura del patrón alimentario normal, es que, en los TPA, el individuo tiene atracones regularmente, al menos una vez a la semana durante tres meses, afectado al bienestar de este, sin necesidad de llevar a cabo conductas compensatorias como vómitos, ejercicio físico excesivo, laxantes o ayuno.⁽⁶⁾

Trastornos de la conducta alimentaria no especificados (TCANE)

Aparecen en el DSM-5 como el complemento a los TCA. Se utilizan cuando se presentan manifestaciones peculiares de un TCA, pero falta información para cumplir con los criterios para el diagnóstico. Sin embargo, para su diagnóstico, es necesario encontrar síntomas del TCA y tener un malestar significativo.⁽⁵⁾

Dentro de los TCANE, se pueden diferenciar distintos trastornos:

- **Trastorno dismórfico corporal:** También conocido como vigorexia o "anorexia inversa". La imagen corporal es la percepción del cuerpo que cada individuo construye en su mente. En este trastorno, los individuos suelen tener una intranquilidad excesiva por verse poco musculosos, cuando en realidad tienen una buena forma muscular. Este problema les hace rechazar oportunidades sociales y ocupacionales por la necesidad de ejercitarse.⁽⁷⁾
- **Trastorno de evitación o restricción de los alimentos:** Se caracteriza por la falta de interés por comer o alimentarse, incidiendo en el incumplimiento de las necesidades nutritivas y/o energéticas. Su aparición puede ser independiente al proceso de padecer anorexia o bulimia nerviosas.⁽³⁾
- **Pica:** Uso continuado de sustancias no interesantes a nivel nutricional, en un periodo de

al menos treinta días, de manera inapropiada y siendo su práctica aceptada por parte de la sociedad.⁽⁸⁾

- *Rumiación*: Regurgitación repetida de alimentos durante un período de tiempo de un mes. Los alimentos regurgitados se pueden volver a masticar, tragar o se escupen. La repetición de este acto no se suele asociar a algún problema gastrointestinal, como, por ejemplo, el reflujo gastroesofágico.⁽³⁾
- *Anorexia nerviosa atípica*: En este tipo de anorexia, a pesar de darse una pérdida significativa de peso, el peso del individuo se mantiene dentro del intervalo normal.⁽³⁾
- *Trastorno purgativo*: Conductas purgativas recurrentes como por ejemplo el vómito auto-provocado o uso de laxantes para mantener o bajar el peso, en ausencia de atracones.⁽³⁾
- *Síndrome de ingestión nocturna*: Tras la cena, se dan episodios recurrentes de ingestión de alimentos. Existe consciencia de la ingestión tras despertarse del sueño. La ingestión nocturna causa malestar significativo y/o problemas del funcionamiento.⁽³⁾
- *Ortorexia*: Este concepto, aún no aceptado por el DSM-V, está cobrando especial importancia

en la actualidad. Aparece por primera vez en el año 2000 en un libro titulado *Health Food Junkies*, publicado por Steve Bratman. El término proviene del griego (ortho, justo, recto, y orexia, apetencia) y viene a significar "apetito justo". En realidad, la definición que se le da a este término es la de la obsesión por la comida sana, llegando a ser patológica.⁽⁹⁾

Metodología

El tipo de estudio que se llevó a cabo para la elaboración de este artículo científico fue el de revisión bibliográfica.

Posteriormente, se seleccionaron las bases de datos que se iban a utilizar para llevar a cabo la búsqueda de información. Las bases de datos que se utilizaron fueron bases de datos biomédicas (Pubmed, Medline, Dialnet, Elsevier y Cochrane Library) bibliotecas, así como revistas específicas.

En la siguiente fase, se llevó a cabo la búsqueda de los distintos descriptores de la salud que, posteriormente, fueron utilizados en la fórmula de búsqueda (**Tabla 1**).

DeCS	MeSH
– Cuidados de enfermería	– Nursing Care
– Trastorno de la Conducta Alimentaria	– Eating disorder/ Feeding Disorder/Appetite Disorder
– Anorexia (nerviosa)	– Anorexia (nervosa)
– Bulimia (nerviosa)	– Bulimia (nervosa)
– Trastorno por atracón	– Binge-eating disorder
– Trastorno Dismórfico Corporal	– Body Dismorphic Disorder Disease
– Prevención	– Prevention
– Hospitalización	– Hospitalization
– Atención Primaria	– Primary Health Care
– Enfermera	– Nurse

Tabla 1. DeCS y MeSH empleados en la elaboración de este artículo.

La búsqueda bibliográfica se realizó mediante la unión de los descriptores citados anteriormente junto con los operadores booleanos, en este caso, AND y OR. La fórmula de búsqueda fue la siguiente: "Nursing" AND "interventions" AND "anorexia nervosa" OR "bulimia nervosa".

Resultados

Actualmente, la prevalencia de los TCA ha aumentado de manera considerable. Diversos estudios muestran que las mujeres jóvenes y adolescentes son la población más afectada. No obstante, el perfil

de quienes sufren TCA, ha ido cambiando. Ahora no sólo las jóvenes presentan TCA, sino que los jóvenes masculinos están manifestando más esta patología. Tanto es así que la relación de 1 hombre por cada 10 mujeres está cambiando, dando lugar a una mayor presencia masculina.⁽¹⁰⁾

Investigaciones recientes han estimado que la prevalencia de AN entre las jóvenes se encuentra entre 0,5% y 1%. Por otro lado, la BN, tiene una prevalencia que oscila entre 1-2% y 4%. En el caso de Trastorno por Atracón (TPA), se observa que afecta a los dos sexos por igual. Sin embargo, la prevalencia más alta, de hasta un 14%, la tienen los Trastornos de la Conducta Alimentaria No Especificados (TCANE).⁽¹⁰⁾

Hay ciertos grupos que son más vulnerables, como es el caso de deportistas (gimnastas, atletas) o modelos. Por otro lado, la comorbilidad con otros problemas médicos (diabetes mellitus, obesidad) parece afectar a la autoimagen. Además, la adolescencia es un factor de riesgo en sí, ya que es una etapa en la que se desarrolla la personalidad y ciertos rasgos parecen contribuir al desarrollo de la enfermedad: alteración de autoestima, pretensión por el perfeccionismo, sobrecarga de actividades.⁽⁴⁾

Etiopatogenia

Son muchos los factores que intervienen en la etiología de los TCA (biológicos, psicológicos y culturales). Esto hace muy difícil el diagnóstico de los TCA. Además, la coexistencia de alguno de ellos aumenta el riesgo de desarrollar la enfermedad. En la **tabla 2** se ponen de manifiesto estos factores y las causas de riesgo.⁽⁴⁾

BIOLÓGICOS	<ul style="list-style-type: none"> - Género femenino - Antecedentes familiares de TCA o Trastorno Mental - Antecedentes dietéticos
PSICOLÓGICOS	<ul style="list-style-type: none"> - Insatisfacción corporal - Ansiedad / depresión - Trastorno obsesivo compulsivo (TOC) - Perfeccionismo - Baja autoestima
CULTURALES	<ul style="list-style-type: none"> - Inmersión en una sociedad que valora la cultura de la delgadez - Bullying y bromas pesadas sobre los cuerpos. - Redes sociales. - Participación en actividades que fomentan la delgadez

Tabla 2. Factores y causas de riesgos.⁽⁴⁾

Como consecuencia de la malnutrición causada por la AN y la BN, las manifestaciones que se observan en la exploración clínica son multisistémicas. El problema está en que unas manifestaciones son secundarias al trastorno en particular y otras manifestaciones son secundarias a la malnutrición. Ambas se combinan en distintos grados según la fase en la que se encuentre el paciente. En la **tabla 3** se exponen la exploración de síntomas y signos en los TCA y las complicaciones derivadas de ambos trastornos.⁽¹²⁾

En cuanto a los posibles signos y síntomas, cabe destacar que existe un gran abanico y que a veces son difícilmente identificables, ya que los pacientes que padecen TCA, suelen ocultarlos. Los más destacables son: amenorrea, dolores de cabeza, irritabilidad, síncope, mareos, pérdida de masa muscular, piel seca y pérdida de cabello. Otros estudios incluyen en los síntomas el lanugo, acrocianosis, atrofia de las mamas e hinchazón de la parótida. Además, pacientes con AN de tipo purgativa pueden presentar callosidades en el dorso de la mano dominante y el esmalte dientes erosionado. Los individuos que padecen estos trastornos suelen vestir con ropa ancha para ocultar ciertos signos, como la pérdida de peso.

Comorbilidad

Los TCA, la morbilidad asociada es muy común. En el caso de la AN, es muy frecuente encontrar trastornos como ansiedad, depresión, TOC y alcoholismo. Entre un 10-20% de pacientes pasan a BN.⁽⁴⁾

Por otro lado, en la BN es normal encontrar: depresión, ansiedad, alcoholismo, extraversiones de la personalidad y complicaciones a la hora manejar la impulsividad que se traducen de muchas formas (calumnias, robos, drogadicción, prácticas sexuales de riesgo, etc.).⁽⁴⁾

En el caso del Trastorno por Atracón (TPA), la comorbilidad asociada es algo menos grave que la de BN. En este caso, la morbilidad asociada cuenta con: trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo y dificultad para controlar los impulsos, aunque en menor medida que en la BN, y, por último, trastornos de la personalidad.⁽⁶⁾

Evolución y pronóstico

Uno de los factores a tener en cuenta con los TCA es la aparición de remisiones y recaídas en la enfermedad. Aproximadamente un 60-70% de los pacientes con AN obtienen una recuperación completa, mientras que un 20-25% no se recuperan completamente. En algunas ocasiones, la enfermedad se cronifica o transita a BN.

La mortalidad ocasionada por el TCA se sitúa en 0,5-1% por año de observación.⁽⁴⁾

Durante el transcurso de la enfermedad se observan fluctuaciones de una categoría a otra dentro de los trastornos alimentarios, incluyendo los no especificados. Es por eso por lo que es difícil saber el curso y pronóstico de estos trastornos, ya que los TCANE incluyen un amplio espectro de trastornos.⁽¹³⁾

Diagnóstico

El diagnóstico de los TCA sugiere un gran desafío para los profesionales de la salud y es necesario una buena anamnesis para poder llevarlo a cabo. La dificultad reside en que los individuos que padecen TCA tienden a esconderlos y aparentan estar normal. Esto se debe a la ausencia de conciencia de enfermedad.⁽¹⁰⁾

Tratamiento

Debido a la dificultad y la múltiple sintomatología de los TCA, es necesario que se aborde la enfermedad desde el equipo multidisciplinar, en el que trabajen el pediatra, el psiquiatra, psicólogo, enfermera,

nutricionista y otros.⁽⁴⁾ Para establecer el tratamiento es importante establecer tres pilares de actuación: la rehabilitación nutricional, psicoterapia y aplicación de psicofármacos.⁽¹⁴⁾

A. Rehabilitación nutricional:

Para lograr una recuperación real de la enfermedad es necesario trabajar los aspectos nutricionales que están afectados. En este sentido, los pacientes con TCA necesitan retomar una nutrición adecuada a través de conductas alimentarias saludables. Por otro lado, es importante tratar las ideas erróneas que suelen tener con respecto a la comida, la alimentación y el peso.⁽¹⁴⁾

B. Psicoterapia:

La psicoterapia debe tomarse como intervención central a la hora de tratar con un TCA debido a que se trata de un trastorno de salud mental y que convive, en muchas ocasiones, con otros trastornos de salud mental. Uno de los aspectos más importantes a trabajar es la motivación. Estos pacientes suelen tener una baja motivación y suelen rechazar la ayuda profesional porque no existe conciencia de enfermedad.⁽¹⁴⁾

ANOREXIA NERVIOSA	BULIMIA NERVIOSA
<ul style="list-style-type: none"> - Alteración metabólica: Disminución tasa metabólica basal, distermia, hipercolesterolemia e hipercarotinemia. - Alteración cardiovascular: Bradicardia, hipotensión, disminución del tamaño cardíaco y alteraciones del electrocardiograma. - Alteración renal: Alteraciones hidroeléctricas, uremia prerrenal y fallo renal crónico. - Alteración dermatológica: Piel seca y lanugo. - Alteración gastrointestinal: Gastroparesia, estreñimiento y distensión abdominal - Alteración endocrina: Hipogonadismo, aumento de cortisol / GH y disminución de T3. - Alteración ósea: Osteopenia y retraso en maduración ósea - Alteración hematológica: Pancitopenia e hipoplasia de médula ósea - Alteración cognitiva y comportamental: Depresión, dificultad de concentración y obsesión por la comida. 	<ul style="list-style-type: none"> - Alteraciones metabólicas: Alcalosis metabólica hipoclorémica. - Alteración cardiovascular: Prolapso mitral y alteraciones del electrocardiograma. - Alteración renal: Alteraciones hidroeléctricas, fracaso renal agudo y nefropatía hipopotasémica. - Alteración dermatológica: Callosidades en nudillos (Signo de Russell) - Alteración digestiva: Erosión de esmalte dental, gingivitis, hipertrofia de glándulas salivales, esofagitis, regurgitación, rotura esofágica, dilatación/perforación gástrica y pancreatitis aguda.

Tabla 3. Complicaciones de la AN y la BN.⁽¹²⁾

C. Psicofármacos:

En realidad, no existen fármacos aprobados por la Administración de Alimentos y Medicamentos (Food and Drugs Administration, FDA) para el tratamiento de la AN. La aplicación de psicofármacos en estos trastornos se basa en disminuir la ansiedad y controlar los estados de ánimo. La aplicación de psicofármacos no llega a ser efectiva puesto que no hay medicamentos que incidan sobre los síntomas principales del trastorno, como la alteración de la percepción corporal, las ideas obsesivas y la ansiedad relacionada con la nutrición.⁽¹⁴⁾

(NIC) y en último lugar, se lleva a cabo una evaluación de las intervenciones a través de una escala de resultados validada (NOC).⁽¹⁸⁾

Según el proceso asistencial integrado en los Trastornos de la Conducta Alimentaria, propuesto por la Junta de Andalucía, la enfermera se encargará de revisar la Historia de Enfermería del paciente, de la valoración del estado físico general, de realizar la entrevista tanto al paciente como de la familia, de la medición antropométrica y de las constantes vitales, de la valoración de autocuidados y, por último, de realizar los diagnósticos de enfermería con sus correspondientes intervenciones según cada caso (NANDA I) (North American Nursing Diagnosis Association).⁽¹⁹⁾

Papel de enfermería

Las enfermeras, por definición, son las encargadas de proporcionar cuidado a las personas desde la perspectiva biopsicosocial y holística, tanto de manera individual como a la comunidad, a lo largo de todos los ciclos de la vida. Entre las funciones más destacadas está la promoción de la salud, definida en la Carta de Ottawa (1986) como: "elemento fundamental que actúa sobre los determinantes de salud y dota a las personas de las herramientas necesarias para el control de su propia salud" y la Educación para la Salud (en adelante, Eps) definida por la Organización Mundial de la Salud como "cualquier combinación de actividades de información y educación que lleve a una situación en la que la gente desee estar sana, sepa como alcanzar la salud, haga lo que pueda individual y colectivamente para mantener la salud y busque ayuda cuando la necesite".^(15,16)

La enfermería forma parte del equipo multidisciplinar. Su función, dentro de este conjunto, es la de prestar cuidados a través del proceso enfermero, que es una forma dinámica y sistemática de prestar cuidados enfermeros eficientes y de calidad. La herramienta principal de la enfermera es el plan de cuidados. El plan de cuidados nos permite valorar, de forma individualizada, las necesidades y situación específica de cada persona, su estilo de vida, cultura y creencias sobre la salud.⁽¹⁷⁾

Se parte de una valoración enfermera siguiendo los 11 Patrones Funcionales de Marjory Gordon o en su defecto, las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson. De la información obtenida en la valoración se detectan los problemas, clasificándolos según las etiquetas que recoge la taxonomía NANDA I, y las manifestaciones con sus respectivas características relacionadas. En base a los diagnósticos enfermeros, se llevan a cabo una serie de intervenciones

Discusión

En la actualidad, el uso de las redes sociales y el establecimiento de cánones de belleza y conductas saludables están haciendo que los TCA se vean incrementados de manera significativa. Es un hecho que las personas somos animales sociales y necesitamos encajar en la sociedad. Esto puede ser peligroso, ya que para encajar se pueden llevar a cabo conductas de riesgo que más que encajar, pueden jugar en contra de la salud de las personas, haciendo que vivan constantemente preocupadas por su salud, su imagen por corporal y su peso.

Las personas que padecen algún tipo de TCA suelen compartir una serie de características identificables para un personal cualificado. El poder reconocer estas características y ciertas conductas de riesgo puede facilitar el diagnóstico precoz de la enfermedad y así llevar a cabo las intervenciones correspondientes para cada caso desde el equipo multidisciplinar. En este sentido, desde el ámbito de la enfermería, ¿qué cuidados se pueden llevar a cabo para abordar los trastornos de la conducta alimentaria?

Una buena formación de los profesionales de la salud, en este caso, de las enfermeras, agilizará y ayudará a captar posibles conductas que nos indiquen que la persona puede estar atravesando un período relacionado con proceso alimenticio patológico. Las intervenciones llevadas a cabo por el personal de enfermería son de vital importancia y dependerán del área de actuación, puesto que será diferente la función de la enfermera escolar o de atención primaria, que la de una enfermera de hospitalización.

Con este trabajo se pretende analizar los diferentes cuidados o intervenciones de enfermería, desde diferentes ámbitos de actuación, para ayudar a personas que sufren o que están potencialmente en riesgo de sufrir cualquier trastorno de la conducta alimentaria.

Actualmente en la enfermería se está haciendo hincapié en delimitar las exigencias del cuidado a usuarios que padecen esta patología. Siguiendo la estimación del modelo de necesidades de Marjory Gordon en los TCA y sus variantes se pueden observar modificaciones en casi todos los patrones.

El patrón funcional más afectado en estos casos es el Nutricional-Metabólico y es necesario tenerlo en cuenta en casos de AN. Teniendo en cuenta el modelo citado y la patología, se podría decir que la alimentación no es la dificultad principal. No obstante, conforme avanza la enfermedad, las intervenciones destinadas a la modificación de los hábitos nutricionales va cogiendo más fuerza, llegando a ser de las únicas en las que se trabaja. En este sentido, la labor de la enfermera irá encaminada a la valoración e intervención preferente en los hábitos de alimentación, siempre en colaboración con el equipo multidisciplinar, en

el que participan desde endocrinos hasta psicólogos, nutricionistas, psiquiatras, etc.

La valoración de este patrón se lleva a cabo en tres vertientes:

- Evaluación somática (Índice de Quetelet y deterioro nutricional).
- Hábitos alimenticios.
- Conocimientos sobre dieta saludable.

Para asegurar que estos aspectos estén presentes durante la evaluación es necesario llevar a cabo un protocolo con una serie de herramientas de valoración apropiadas. Este método permite valorar las diferencias en las distintas áreas de intervención, así como evaluar la importancia de estas.

Gracias a una anticipación a la hora de descubrir un TCA, los profesionales de la enfermería podrán establecer un plan de cuidados estandarizado, con sus respectivos diagnósticos enfermeros (NANDA I), intervenciones (NIC) y los objetivos (NOC). A continuación, se muestra un plan de cuidados con un diagnóstico enfermero frecuente en casos de TCA (**tabla 4**).

DIAGNÓSTICO	<p>Trastorno de la imagen corporal</p> <ul style="list-style-type: none"> - Relacionado con la alteración en la conducta alimentaria. - Manifestado por desequilibrio nutricional, trastornos del sueño, ansiedad, IMC (índice de masa corporal) disminuido.
RESULTADOS E INDICADORES	<ul style="list-style-type: none"> - Control del peso - Mantener un patrón alimentario adecuado - Retener las comidas ingeridas - Equilibrio entre ejercicio e ingesta calórica
INTERVENCIONES	<ul style="list-style-type: none"> - Manejo de los trastornos de la alimentación
ACTIVIDADES (CUIDADOS DE ENFERMERÍA)	<ul style="list-style-type: none"> - Colaborar con otros miembros del equipo de cuidados para desarrollar un plan de tratamiento, implicar a la persona y/o cuidador/a, si procede. - Enseñar y reforzar los conceptos de buena nutrición con la persona y seres queridos, si procede. - Desarrollar con la persona una relación de apoyo. - Vigilar los parámetros fisiológicos (signos vitales y niveles de electrolitos), mucosa y piel.

Tabla 4. Plan de cuidados estandarizado para TCA.⁽¹⁷⁾

Discussion

At present, the use of social networks and the establishment of beauty canons and healthy behaviors are causing eating disorders to increase significantly. It is a fact that people are social animals, and we need to fit into society. This can be dangerous, since to fit in, risk behaviors can be carried out that, rather than fitting in, can play against people's health, causing them to constantly worry about their health, their body image and their weight.

People who suffer from some type of eating disorder usually share a series of identifiable characteristics for qualified personnel. Being able to recognize these characteristics and certain risk behaviors can facilitate early diagnosis of the disease and thus carry out the corresponding interventions for each case from the multidisciplinary team. In this sense, from the field of nursing, what care can be carried out to address eating disorders?

A good training of health professionals, in this case, of nurses, will speed up and help to capture possible behaviors that indicate that the person may be going through a period related to a pathological eating process. The interventions carried out by the nursing staff are of vital importance and will depend on the area of action, since the role of the school or primary care nurse will be different from that of a hospitalization nurse.

This work intends to analyze the different nursing care or interventions, from different areas of action, to help people who suffer or who are potentially at risk of suffering from any eating disorder.

Currently in nursing emphasis is being placed on delimiting the demands of care for users who suffer from this pathology. Following the estimation of the

Marjory Gordon needs model in the ACTs and its variants, modifications can be observed in almost all the patterns.

The most affected functional pattern in these cases is the Nutritional-Metabolic pattern and it is necessary to take it into account in cases of AN. Taking into account the cited model and the pathology, it could be said that feeding is not the main difficulty. However, as the disease progresses, the interventions aimed at modifying nutritional habits are gaining more strength, becoming one of the only ones in which work is being done. In this sense, the work of the nurse will be aimed at the assessment and preferential intervention in eating habits, always in collaboration with the multidisciplinary team, in which they participate from endocrinologists to psychologists, nutritionists, psychiatrists, etc.

The assessment of this pattern is carried out in three aspects:

- Somatic evaluation (Quetelet index and nutritional deterioration)
- Feeding Habits
- Knowledge of diet

To ensure that these aspects are present during the evaluation, it is necessary to carry out a protocol with a series of appropriate evaluation tools. This method makes it possible to assess the differences in the different areas of intervention, as well as to assess their importance.

Thanks to anticipation when discovering an ED, nursing professionals will be able to establish a standardized care plan, with their respective nursing diagnoses (NANDA I)(North American Nursing Diagnosis Association), interventions (NIC) and objectives (NOC). Below is a care plan with a frequent nursing diagnosis in ED cases (**Table 4**).

DIAGNOSIS	<ul style="list-style-type: none"> - Body Image Disorder - Related to the alteration in eating behavior. - Manifested by nutritional imbalance, sleep disorders, anxiety, decreased IMC
RESULTS AND INDICATORS	<ul style="list-style-type: none"> - Weight control - Maintain and adequate eating pattern. - Retain ingested food. - Balance between exercise and caloric intake.
INTERVENTIONS	<ul style="list-style-type: none"> - Management of eating disorders.
ACTIVITIES (NURSING CARE)	<ul style="list-style-type: none"> - Collaborate with other members of the care team to develop a treatment plan, involving the person and carer, if appropriate. - Teach and reinforce the concepts of good nutrition with the person and loved ones, if appropriate. - Develop a supportive relationship with the person. - Monitor physiological parameters (vital signs and electrolyte levels), mucosa and skin.

Table 4. Standardized care plan for eating disorders⁽¹⁷⁾

Conclusiones

- La aparición de los TCA actualmente tiende al alza, por lo que la figura de la enfermera debe estar presente en el seguimiento de los Trastornos de la Conducta Alimentaria. La aplicación de cuidados básicos y de intervenciones destinadas a la prevención y educación deben ser pilares a la hora de tratar un TCA.
- Es necesario que la enfermera realice un cuidado holístico del paciente, teniendo en cuenta todo lo que le rodea y realizando las intervenciones necesarias para que el paciente y la familia recuperen su autonomía.
- Actividades centradas en la Educación para la Salud y prevención serán de vital importancia desde atención primaria. La colaboración del personal de enfermería con distintos centros escolares ayudará a la concienciación de profesores y alumnado, previniendo la aparición de posibles casos de TCA.
- Desde hospitalización se llevarán a cabo labores destinadas a subsanar las carencias ocasionadas por el trastorno en función de los patrones alterados. Por otro lado, sería interesante realizar programas para abordar el trastorno desde un enfoque psicológico. Las terapias destinadas a reducir la ansiedad son de gran eficacia ante estos trastornos.
- La introducción de material educativo en las terapias puede ser de gran ayuda tanto para el profesional como para el paciente.
- El personal de enfermería mantiene una situación de contacto estrecho con el paciente, lo que le permite establecer con él una adecuada relación terapéutica. Gracias a habilidades como la empatía y la escucha activa, la enfermera, establecerá una alianza que sirva de soporte para una buena comunicación y la posterior adherencia al tratamiento y seguimiento de la evolución.
- La familia debe estar presente en el curso de la enfermedad. Consiguiendo una buena educación de los familiares es posible detectar precozmente ciertos trastornos, evitando la instauración de la enfermedad. Por otro lado, la aportación de la familia es clave en el proceso de recuperación.
- Aunque en la actualidad hay mucha evidencia científica acerca de los TCA y sus intervenciones, es escasa la información acerca de la efectividad que tienen programas impartidos por la enfermería en estos trastornos. Sería necesario aumentar la investigación para el auge de la profesión enfermera.

Conclusions

- *The appearance of eating disorders currently tends to rise, so the figure of the nurse must be present in the follow-up of eating disorders.*
- *It is necessary for the nurse to carry out a holistic care of the patient, considering everything that surrounds him and carrying out the necessary interventions so that the patient and the family recover their autonomy.*
- *Activities focused on Health Education and prevention will be of vital importance from primary care. The collaboration of the nursing staff with different schools will help to raise awareness among teachers and students, preventing the appearance of possible cases of eating disorders.*
- *From hospitalization, work will be carried out to correct the deficiencies caused by the disorder based on the altered patterns. On the other hand, it would be interesting to carry out programs to address the disorder from a psychological perspective. Therapies designed to reduce anxiety are highly effective against these disorders.*
- *The introduction of educational material in therapies can be of great help for both the professional and the patient.*
- *The nursing staff maintains a situation of close contact with the patient, which allows them to establish an adequate therapeutic relationship with him. Thanks to skills such as empathy and active listening, the nurse will establish an alliance that serves as support for good communication and subsequent adherence to treatment and monitoring of evolution.*
- *The family must be present in the course of the disease. Getting a good education of family members is possible to detect certain disorders early, avoiding the onset is key in the recovery process of the disease. On the other hand, the contribution of the family.*
- *Although there is currently much scientific evidence about eating disorders and their interventions, there is little information about the effectiveness of programs taught by nursing in these disorders. It would be necessary to increase research for the rise of the nursing profession.*

Declaración de transparencia

El autor principal (defensor del manuscrito) declara que el contenido de este trabajo es original y no ha sido publicado previamente ni está enviado ni sometido a consideración a cualquier otra publicación, en su totalidad o en alguna de sus partes.

Fuentes de financiación

No se ha recibido financiación.

Conflicto de intereses

No existe conflicto de intereses entre los participantes.

Publicación

Este trabajo de revisión no ha sido presentado en ninguna ponencia, comunicación oral, póster en ningún congreso o evento científico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gobierno de Cantabria [Internet]. Guía de Prevención de los trastornos de la conducta alimentaria y el sobrepeso. 2008 [citado 16 mayo 2022]. Disponible en: <https://saludcantabria.es/uploads/pdf/ciudadania/Guia%20Prevencion%20Trastornos%20Conducta%20Alimentaria-2012.pdf>
2. Fernández Hernández M. Historia de la anorexia nerviosa. Sevilla. [citado el 28 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.upo.es/cms1/export/sites/upo/moleqla/documentos/Numero20/Destacado-2.pdf>
3. American Psychiatric Association (APA). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. 5º ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana; 2014. [citado el 28 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.eafit.edu.co/ninos/redelaspreguntas/Documents/dsm-v-guia-consulta-manual-diagnostico-estadistico-trastornos-mentales.pdf>
4. Calvo, M., & Argente, M. T. Trastornos del comportamiento alimentario [Internet]. Madrid: Servicio de Pediatría Hospital Universitario Niño Jesús. 2019. 295-306. [citado el 28 de abril de 2022]. Disponible en: <https://www.aeped.es/protocolos/>
5. Vázquez Arévalo, R., Aguilar, X. L., Ocampo Tellez-Girón, M. T., & Mancilla-Díaz, J. M. Eating disorders diagnostic: from the DSM-IV to DSM-5. *Revista Mexicana de trastornos alimentarios [Mexican journal of eating disorders]*, 2015, 108–120. <https://doi.org/10.1016/j.rmta.2015.10.003>
6. Cuadro, E., & Baile, J. I. Binge eating disorder: analysis and treatment. *Revista Mexicana de trastornos alimentarios [Mexican journal of eating disorders]*, 2015. 97–107. <https://doi.org/10.1016/j.rmta.2015.10.001>
7. Molero López-Barajas, D., Castro-López, R., & Zagalaz-Sánchez, M. L. Autoconcepto y ansiedad: detección de indicadores que permitan predecir el riesgo de padecer adicción a la actividad física. *Cuadernos de psicología del deporte*, 2012. 12(2), 91–100. <https://doi.org/10.4321/s1578-84232012000200010>
8. Padilla, V., Miján De La Torre, A., & Miján, A. (s/f). La pica: retrato de una entidad clínica poco conocida. 2006. [Citado el 28 de abril de 2022]. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/nh/v21n5/revision.pdf>
9. Sánchez, R. M., & Moreno, A. M. Ortorexia y vigorexia: ¿nuevos trastornos de la conducta alimentaria? *Trastornos de la conducta alimentaria*, 2007, 457–482. [Citado el 28 de abril de 2022]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2379929>
10. María Verínica, G. P., Carolina, L. C., & Marcela, M. B. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes y jóvenes. *Revista médica Clínica Las Condes*, 2012, 566–578. [https://doi.org/10.1016/s0716-8640\(12\)70351-6](https://doi.org/10.1016/s0716-8640(12)70351-6)
11. Peterson, K., & Fuller, R. Anorexia nervosa in adolescents: An overview: An overview. *Nursing*, 2019, 24–30. [Citado el 25 de abril de 2022]. <https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000580640.43071.15>
12. Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica SEGHNPAEP (s/f). *Seghnp.org*. Citado el 29 de abril de 2022, de <https://www.seghnp.org/sites/default/files/2017-05/Protocolos%20SEGHNPAEP.pdf>
13. Behar A, R. Trastornos de la conducta alimentaria no especificados, síndromes parciales y cuadros subclínicos: Una alerta para la atención primaria. *Revista Médica de Chile*. 2008, 136(12), 1589–1598. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872008001200013>
14. María Verínica, G. P., Carolina, L. C., & Marcela, M. B. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes y jóvenes. *Revista médica Clínica Las Condes*. 2012. 23(5), 579–591. [https://doi.org/10.1016/s0716-8640\(12\)70352-8](https://doi.org/10.1016/s0716-8640(12)70352-8)
15. Organización mundial de la salud. Promoción de la salud glosario. Ginebra: OMS (1998) (citado 16 de mayo de 2022). Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prePromocion/docs/glosario.pdf>

16. Gavidia Catalán, V., Rodés Sala, M. J., & Carratala Beguer, A. La educación para la salud: una propuesta fundamentada desde el campo de la docencia. *Enseñanza de las Ciencias Revista de investigación y experiencias didácticas*. 1993. 11(3), 289–296. <https://doi.org/10.5565/rev/ensciencias.4507>
17. Arana Álvarez, IR et al. Planes de cuidados estandarizados. Junta de Andalucía- 2007. [Citado el 28 de abril de 2022] Disponible en: http://www.ephpo.es/Procesos/Planes_Cuidados_Estandarizados_Procesos/Plan%20de%20Cuidados%20Trastorno%20de%20la%20Conducta%20Alimentaria.pdf
18. Johnson M, Bulechek G, Butcher H, McCloskey-Dochterman J, Maas M, Moorehead S, et al, editores. *Interrelaciones NANDA, NIC, NOC. Diagnósticos enfermeros, resultados e intervenciones*. 2ª ed. Madrid: Elsevier; 2007.
19. *Trastornos de la conducta alimentaria: proceso asistencial integrado*. Sevilla: Consejería de Salud; 2003. Disponible en: https://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/2708/5/PAI_TrastornosConductaAlimentaria_2003.pdf
20. Perea-Baena JM, Sánchez Gil, ML. Estudio preliminar de un cuestionario de valoración de enfermería en los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). 2007. [Citado el 12 de abril de 2022]
21. Meades, S. Suggested community psychiatric nursing interventions with clients suffering from anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Advanced Nursing*. 1993. 18(3), 364–370. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.1993.18030364.x>
22. Satter, E. Feeding dynamics: helping children to eat well. *Journal of Pediatric Health Care: Official Publication of National Association of Pediatric Nurse Associates & Practitioners*. 1995. 9(4), 178–184. [https://doi.org/10.1016/s0891-5245\(05\)80033-1](https://doi.org/10.1016/s0891-5245(05)80033-1)
23. Burgos Varo, M. L., Ortiz Fernández, M. D., Muñoz Cobos, F., Vega Gutiérrez, P., & Bordallo Aragón, R. Intervención grupal en los trastornos de ansiedad en Atención Primaria: técnicas de relajación y cognitivo-conductuales. *Semergen*. 2006. 32(5), 205–210. [https://doi.org/10.1016/s1138-3593\(06\)73258-0](https://doi.org/10.1016/s1138-3593(06)73258-0)
24. Gómez del Río, Nazaret; Castro Molina, Francisco Javier; Monzón Díaz, Josué; García Parra, Elisa; Monzón Díaz, Gustavo; Quintero Febles, Jesús Manuel. Atención enfermera en el cuidado de adolescentes con trastornos de la conducta alimentaria. *Rev Presencia* 2013 ene-dic, 9(17-18). Disponible en <http://www.index-f.com/presencia/n17-18/p9156.php>
25. Porro Santos, Carmen. Eficacia de un programa de relajación para mejorar el manejo del control de impulsos en pacientes con bulimia. *Biblioteca Lascasas*, 2011; 7(2). Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0592.php>
26. Perea Baena, J. M., Eizaguirre, E., Sáenz De Cabezón, O., Luengo, C., Villanueva Calvero, J., Gil L ; Calzado Luengo, S., Villanueva Calvero, J., & Gil, S.(s/f).(2007) Taller de alimentación para pacientes con Anorexia Nerviosa Perea Baena JM, Espina Eizaguirre A, Ortego Sáenz de Cabezón A.
27. Bravo Ferrón, S. (s/f). Eficacia de un manual de autoayuda guiada por la enfermera especialista en salud mental como complemento a la terapia cognitivo conductual en el tratamiento de pacientes diagnosticados de bulimia nerviosa. *Nure investigación*, 2006 (citado 16 mayo 2019)- Disponible en: <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/302>
28. Torralbas-Ortega, J., Puntí-Vidal, J., Arias-Núñez, E., Naranjo-Díaz, M. C., Palomino-Escrivá, J., & Lorenzo-Capilla, A. Intervención enfermera en el plan terapéutico familiar de la anorexia nerviosa. *Enfermería clínica*. 2011. 21(6), 359–363. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2011.02.013>
29. Bakker, R., Meijel, B., Beukers, L., Ommen, J., Meerwijk, E., & Elburg, A. Recovery of normal body weight in adolescents with anorexia nervosa: the nurses' perspective of effective interventions. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs*. 2011. 24(1), 16–22.
30. Kong, S. Day treatment programme for patients with eating disorders: randomized controlled trial. *Journal of Advanced Nursing*. 2005. 51(1), 5–14. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2005.03454.x>
31. Gísladóttir, M., & Svavarsdóttir, E. K. Educational and support intervention to help families assist in the recovery of relatives with eating disorders: Educational and support intervention. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*. 2011. 18(2), 122–130. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2850.2010.01637.x>
32. Paredes Sierra, MA. La enfermera psiquiátrica comunitaria como recurso para la formación del profesorado de educación secundaria en la prevención escolar de la anorexia nerviosa. (s/f). *Nureinvestigacion.es*. 2005. Recuperado el 10 de mayo de 2022, de <http://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/258>
33. Aguza, Q., Fernández, C., Verónica Martínez Cabello, M. E., García, J., Rivera, P., & Moreno, S. (s/f). Programa de educación para la salud dirigido a los padres en la detección precoz de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. En *Biblioteca Las Casas*. 2015. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0839.php>

La depresión y el riesgo de suicidio en ancianos españoles

Ortínez-Martínez, R. Ordoñez-Marchena, A. Rodríguez-Peña, B.
"La depresión y el riesgo de suicidio en ancianos españoles."

SANUM 2023, 7(2) 46-53

AUTORAS

Raquel Ortínez Martínez.
Enfermera. UGC Medicina Interna. Hospital General Santa María del Puerto. José Manuel Pascual Pascual S.A. El Puerto de Santa María, Cádiz. España.

Ana Ordóñez Marchena.
Enfermera. UGC Medicina Interna. Hospital General Santa María del Puerto. José Manuel Pascual Pascual S.A. El Puerto de Santa María, Cádiz. España.

Belén Rodríguez Peña.
Enfermera. Enfermera Dermoesstética. Clínica Integral, Cádiz. España.

Autor de correspondencia:

Raquel Ortínez Martínez

Correspondencia:

 raquelortinez.ro@gmail.com

Tipo de artículo:

Revisión.

Sección:

Salud mental.

F. recepción: 09-02-2023

F. aceptación: 27-03-2023

Resumen

Introducción: En los últimos años, la prevalencia de depresión en las personas mayores de 65 años se ha elevado bastante dando lugar a un gran problema de salud pública, siendo este uno de los mayores problemas de salud en el siglo XXI. A su vez el aumento de la depresión se ha visto relacionado con el aumento del suicidio, siendo este otro gran problema de salud pública.

Objetivo: Conocer el impacto de la depresión en la población mayor de 65 años y el vínculo que presenta con el suicidio.

Metodología: Se trata de una revisión bibliográfica basada en artículos científicos, publicados entre los años 2010 y 2022.

Resultados: La prevalencia total de depresión en la población anciana se sitúa entre 1,2% y 9,4%. En España la depresión de tipo grave afecta a 230.000 personas. En 2020 la prevalencia de cuadros depresivos se cifra en un 5,4% de la población presenta algún tipo de depresión. La sintomatología depresiva aumenta de forma brusca a partir de los 75- 84 años el 24,03% desarrolla sintomatología depresiva. Este porcentaje aumenta hasta el 35,94% en la población no institucionalizada de 85 y más años.

Conclusión: La depresión en las personas mayores de 65 años está relacionada con diversos factores de riesgo (factores biológicos, psicológicos, sociales y clínicos) dando lugar a un aumento del riesgo de suicidio.

Palabras clave:

Depresión;

Suicidio;

Anciano;

Factores de riesgo;

Educación sanitaria.

Depression and suicide risk in the elderly spanish people

Abstract

Introduction: *In recent years, the prevalence of depression in people over 65 years of age has risen quite a bit, giving rise to a major public health problem, this being one of the biggest health problems in the 21st century. In turn, the increase in depression has been related to the increase in suicide, this being another major public health problem.*

Objective: *To know the impact of depression in the population older than 65 years and the link it presents with suicide.*

Methodology: *This is a bibliographic review based on scientific articles published between 2010 and 2022.*

Results: *The total prevalence of depression in the elderly population is between 1.2% and 9.4%. In Spain, severe depression affects 230,000 people. In 2020, the prevalence of depressive symptoms is estimated at 5.4% of the population with some type of depression. Depressive symptoms increase abruptly from 75-84 years, 24.03% develop depressive symptoms. This percentage increases to 35.94% in the non-institutionalized population aged 85 and over.*

Conclusion: *Depression in people over 65 years of age is related to various risk factors (biological, psychological, social and clinical factors) leading to an increased risk of suicide.*

Key word:

Depression;

Suicide;

Aged;

Risk Factor's;

Health Education.

Introducción

El envejecimiento poblacional, es cada vez mayor en España, debido al aumento de la esperanza de vida y el descenso de la natalidad, lo que provoca que aumente el número de ancianos⁽¹⁾. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la esperanza de vida y el porcentaje de personas mayores de 60 años se duplicará para el año 2050, pasando de un 12% al 22% de personas mayores de 60 años⁽²⁾.

Según la OMS⁽³⁾, el envejecimiento se define como *“el proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios en las características de las especies durante todo el ciclo de la vida; esos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación con el medio. Los ritmos a que estos cambios se producen en los diversos órganos de un mismo individuo o en distintos individuos no son iguales”*.

Este proceso es un cambio natural, gradual y continuo, en donde se experimentan diversos cambios que afectan tanto a nivel físico, psicológico como el social en respuesta al paso del tiempo. Estos cambios dan lugar a diversas enfermedades⁽⁴⁾.

Alrededor del 20% de las personas mayores de 60 años sufren algún trastorno mental o neural y el 6,6% de la discapacidad en este grupo se asocia a trastornos mentales y del sistema nervioso. Estos trastornos representan un 17,4% de los años vividos con discapacidad, siendo la demencia y la depresión los trastornos más comunes en este grupo de edad ⁽¹⁾.

El aislamiento social así como la soledad son un problema de salud pública que afecta al anciano provocando trastornos mentales como la depresión⁽⁵⁾.

La depresión es reconocida como una epidemia en el siglo XXI, siendo muy importante en la vejez debido a su frecuencia y etiología⁽¹⁾. Por ello es fundamental reconocer cuales son los factores que se encuentran relacionados con la depresión para así poder tratar este problema.

En nuestra vida suceden muchos cambios a medida que envejecemos por ello es importante saber diferenciar la tristeza de la depresión. Debe saberse que la tristeza es uno de los signos de la depresión pero a su vez es un sentimiento normal y común en el ser humano. Este se convierte en un signo característico de la depresión cuando perdura en el tiempo ⁽⁶⁾.

La principal característica de la depresión es la alteración en el estado de ánimo y del afecto. Por ello, debe saberse que el estado de ánimo es el estado emocional, es decir aquello que es subjetivo de la persona y el afecto es aquello que se observa es decir lo objetivo del estado de ánimo⁽⁷⁾. La OMS define a la depresión como *“distinta de las variaciones*

habituales del estado de ánimo y de las respuestas emocionales breves a los problemas de la vida cotidiana” (8) o como *“un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia persistente de tristeza y una pérdida de interés en actividades que las personas normalmente disfrutan, acompañada de una incapacidad para llevar a cabo las actividades diarias, durante 14 días o más”*⁽⁹⁾.

Según la OMS, 1 de cada 5 personas desarrollara un problema depresivo a lo largo de su vida⁽¹⁰⁾. La prevalencia total de la depresión mayor en la población mayor de 65 años, es alrededor de 1,2 y 9,4 %⁽¹¹⁾. Si incluyésemos a las personas que presentan síntomas depresivos pero no cumplen los criterios de depresión mayor, las cifras llegan hasta el 49% ⁽¹¹⁾.

La depresión es de origen multifactorial, es decir, la probabilidad de desarrollar depresión está influenciada por diferentes factores de riesgo, estos son factores sociales, psicológicos y biológicos⁽¹²⁾.

La depresión en la vejez se conoce como “LATE-LIFE DEPRESSION” que traducida al español sería Depresión Tardía y dentro de esta existen dos tipos:

- Depresión de inicio temprano: Es aquella que se inicia antes de los 60 años, y se presenta en los ancianos como depresión recurrente o crónica⁽¹⁴⁾.
- Depresión de inicio tardío: Es aquella que se inicia después de los 60 años y estaría relacionada a cambios a nivel neurológico y demencia⁽¹⁴⁾.

En cuanto a los síntomas de la depresión, la gravedad, la frecuencia o la duración dependen según la persona, siendo la sintomatología muy variada, caracterizándose por un estado de ánimo deprimido y la pérdida de interés en realizar las actividades de la vida diaria⁽¹¹⁾.

Las quejas somáticas, según los expertos, es la forma de manifestarse la depresión en el anciano (15). A su vez los principales síntomas o también conocidos como los síntomas nucleares de la depresión son la tristeza patológica y la pérdida de interés junto a la disminución de la vitalidad así como la capacidad de disfrutar⁽²⁾.

Existe una estrecha relación entre la depresión y el riesgo de suicidio, por ello la valoración sobre el riesgo de suicidio es muy importante en la evaluación de la depresión en la población geriátrica, ya que entre el 60-90% de las personas mayores de 75 años que se suicidan presentan un diagnóstico de depresión⁽¹⁶⁾⁽¹⁷⁾.

Actualmente el suicidio es un problema de salud pública, muy importante pero bastante influenciada por estigmas, tabús y mitos. El suicidio no solo

afecta al individuo sino que también afecta a las familias⁽¹⁸⁾.

La OMS define el suicidio como “*el acto deliberado de quitarse la vida*” siendo el suicidio una de las causas de muerte más frecuentes a nivel mundial⁽¹⁸⁾. El acto suicida está formado por diversos fenómenos, entre ellos destacamos la ideación suicida, que es el pensamiento sobre la consumación de la muerte, la tentativa suicida, que es la conducta autolesiva donde el suicidio no ha tenido resultado efectivo y el suicidio consumado, que es el acto de quitarse la vida⁽¹⁶⁾.

En la inmensa mayoría de las investigaciones revisadas sobre la mortalidad causada por el suicidio se distinguen dos grandes grupos donde más se presentan, uno al final de la adolescencia hasta el principio del adulto joven, y otro en los adultos mayores, especialmente en los mayores de 75 años⁽¹⁹⁾.

El suicidio en las personas mayores de 65 años cada vez es mayor tratándose de un gran problema para la Salud Pública, en esta edad es bastante difícil de identificar, ya que las características que presenta son diferentes al suicidio en la adolescencia o en el adulto. En la vejez los intentos de suicidio son menores que en los jóvenes pero son más efectivos y con menos señales de aviso⁽¹⁸⁾.

El abordaje actual de la depresión y el suicidio en el anciano es inapropiado, por ello es fundamental y debe hacerse más hincapié en la atención primaria para así poder realizar un correcto diagnóstico y tratamiento de la depresión en el anciano y disminuir la incidencia de suicidios en la población geriátrica.

Metodología

El trabajo es una revisión bibliográfica narrativa, basado en artículos científicos internacionales y nacionales, centrada en el riesgo de depresión en la vejez. Los artículos que se han analizado presentan una fecha de publicación preferentemente entre los años 2012 y 2022.

La fuente de información consultadas son de las siguientes bases de datos: Pubmed, Medline, Cuiden, Scielo y Google Scholar. A su vez se han consultado diferentes páginas webs acreditadas.

Para realizar las estrategias de búsquedas se han empleado diversas palabras claves en diferentes idiomas (español e inglés) de acuerdo a los Descriptores de Ciencia de la Salud (DeCS) y a los Medical Subject Headings (MeSH): Adulto mayor (old age), trastorno mental en el anciano (mental disorder in the elderly), depresión en el anciano (depression in the elderly),

suicidio en el anciano (suicide in the elderly), prevención primaria (primary prevention), educación en la salud (health education).

También se ha usado los operadores booleanos “AND” y “OR” para así poder conseguir resultados más exactos y así poder conseguir los objetivos.

Una vez establecidas las estrategias de búsqueda a partir de palabras claves y restringidas al periodo 2010-2022, se implementaron criterios de inclusión y exclusión.

Resultados

La depresión a día de hoy es considerada un problema de salud pública bastante grave ya que puede conllevar a la discapacidad, afectando a su vez tanto a la morbilidad, la mortalidad y la calidad de vida de las personas mayores. Este trastorno presenta mayor frecuencia en personas mayores de 60 años, además en mujeres a partir de los 75 años aumenta de manera brusca la sintomatología depresiva⁽¹¹⁾.

La prevalencia total de depresión en la población anciana se sitúa entre 1,2% y 9,4%⁽¹¹⁾. España ocupa un puesto intermedio en comparación con otros países en la proporción de la población adulta que presenta depresión.

La prevalencia de la depresión en el anciano varía según la población así como el desarrollo económico del país⁽²⁰⁾. En Europa y Estados Unidos la prevalencia de padecer depresión oscila entre el 6% y el 20%, aun cuando en Italia la cifra aumenta hasta el 40%. En México, la prevalencia entre hombres y mujeres es diferente siendo la de mujeres un 5,8% y un 2,5% en hombres, aumentando siempre con la edad⁽²⁰⁾. Algunos estudios indican que la depresión aumenta con la edad lo que significa que se da entre un 15% - 20% en la población ambulatoria, aumentando desde un 25% hasta un 40% en los pacientes que se encuentran hospitalizados. Un 15% es la incidencia de los casos nuevos por año. En Perú un 15,97% de los pacientes hospitalizados padecen depresión y un 9,8% en la comunidad. En Chile la prevalencia se encuentra entre el 7,6% y el 16,3%⁽²⁰⁾. Alemania es el país de Europa que tiene más casos de depresión, después Italia y Francia, siendo España el cuarto país de Europa con más casos⁽⁶⁾.

En España la depresión de tipo grave afecta a 230.000 personas. En 2020 la prevalencia de cuadros depresivos se cifra en un 5,4% de la población presenta algún tipo de depresión⁽²¹⁾. La sintomatología depresiva aumenta de forma brusca a partir de los 75- 84 años el 24,03% desarrolla sintomatología

depresiva. Este porcentaje aumenta hasta el 35,94% en la población no institucionalizada de 85 y más años⁽²²⁾.

Depresión y riesgo de suicidio en la población anciana.

En España el suicidio está bastante relacionado con la depresión, siendo el riesgo de suicidio 21 veces mayor a la población general⁽²³⁾.

La desesperanza, la soledad, la falta de control así como de la autonomía son los sentimientos que se dan con más frecuencia en la depresión. Según diferentes estudios estos sentimientos aumentan el riesgo de suicidio⁽²³⁾.

El suicidio consumado ocurre con más frecuencia en la población geriátrica con respecto a edades anteriores, considerándose un gran problema de salud pública. Los datos proporcionados por el Instituto Nacional de Estadística (INE) nos indican que en 2019 los suicidios en España fueron un total de 3.671 personas, de este total 1.160 fueron personas mayores de 65 años, destacando el mayor número de suicidios en hombres entre 70 y 74 años⁽²⁴⁾.

Papel de la enfermería y prevención de la depresión y el suicidio.

La Atención Primaria (AP) es la puerta de entrada al sistema sanitario siendo este el primer eslabón asistencial para identificar y tratar la depresión desde su fase temprana. En los trastornos psiquiátricos que acuden a AP presentan una prevalencia mayor que la de la población general, aproximadamente un 53%, siendo la depresión mayor el 29%⁽²⁵⁾.

Alrededor de un 75% de las personas que cometen un suicidio han acudido a su médico de familia durante el año anterior y aproximadamente un 45% en el mes anterior al suicidio⁽²⁵⁾.

En Cádiz existen aproximadamente 134 centros de salud/consultorios lo que nos permite tener una buena cobertura y llevar un seguimiento de los pacientes de forma individualizada tanto desde el ámbito de la comunidad como el familiar⁽²⁶⁾. Gracias a la AP existe mayor facilidad en la continuidad de los cuidados así como en la detención y prevención de la salud mental.

La Atención Primaria tiene un gran papel para el manejo de los problemas psiquiátricos siendo el ámbito asistencial más idóneo. En AP la depresión geriátrica es la enfermedad mental que se da con mayor frecuencia, sin embargo, la depresión y los problemas de salud mental suelen ser infra-diagnosticados e infratratados desde AP, esto da lugar a que los resultados clínicos obtenidos no sean satisfactorios⁽²⁷⁾.

Las razones por las que la AP es un ámbito asistencial idóneo son los siguientes:⁽²⁷⁾

- Nivel asistencial más próximo a los pacientes.
- Presenta un contacto continuo de las personas durante todo el año y durante toda su vida.
- Presentan mayor confianza en el personal debido a que consultan de forma habitual con ellos.

El abordaje multidisciplinar del paciente que presenta depresión es muy importante, por lo que es sumamente crucial aumentar la detección precoz de los pacientes que presentan depresión, así como ideas o comportamientos suicidas, siendo la figura de la enfermera fundamental para la detección precoz, la prevención de los trastornos mentales y en la promoción de una correcta salud mental de la población⁽²⁷⁾.

Es igualmente importante reducir los factores de riesgo que ayudan a la aparición de los problemas mentales y promover los factores protectores relacionados con la depresión, para así reducir la prevalencia y la incidencia⁽²⁷⁾.

Según un estudio realizado en Brasil⁽²⁸⁾, la calidad de vida de nuestros mayores disminuye en relación a la existencia de sintomatología depresiva, por ello la existencia de obstáculos en el manejo, la elevada prevalencia y el impacto que supone indican que es necesario realizar mejoras en las intervenciones terapéuticas.

Se ha desarrollado el modelo INDI (Interventions for Depression Improvement) para mejorar el proceso asistencial en la depresión del paciente crónico. Este modelo es un programa que fortalece el papel de la enfermera de AP en los pacientes que presentan depresión⁽²⁹⁾ ⁽³⁰⁾. El profesional de enfermería presenta un papel fundamental con una atención integral centrada en el paciente, realizando apoyo al autocuidado y fortaleciendo las capacidades del paciente⁽³¹⁾.

El papel de la enfermera es muy importante en cuanto a la detección precoz tanto de la depresión como del suicidio debido a la cercanía que presenta con el paciente y su familia.

Discusión

El principal objetivo de esta revisión bibliográfica es conocer el riesgo de depresión en los ancianos en España así como analizar el papel de la enfermera en la prevención tanto de la depresión como del riesgo de suicidio en ancianos.

Como hemos podido observar en el apartado de los resultados, encontramos diferentes artículos científicos que tratan este tema que estamos abarcando. Los artículos científicos nos confirman que en los últimos años se ha aumentado el riesgo de padecer depresión en los ancianos y que tener depresión conlleva a muchos otros problemas como pueden ser la disminución de la calidad de vida de la persona, esto provoca un aumento del riesgo de suicidio en los ancianos cuya frecuencia es más baja pero en el momento de la consumación es más exitoso.

Todos los autores que forman parte de este estudio, consideran que la necesidad de llevar a cabo y aumentar medidas de prevención para disminuir el riesgo de padecer depresión en edades avanzadas, así como desarrollar estrategias para promover el envejecimiento activo y saludable, por esta razón es importante el papel de la enfermera para así no pasar desapercibido alguno de sus síntomas y evitar que vaya a más este problema de salud mental, siendo fundamental una buena formación en Atención Primaria, ya que esta es el primer eslabón del sistema sanitario.

En definitiva la relación terapéutica enfermera-paciente es primordial para así poder hacer las intervenciones de enfermería de manera eficaz, trabajar con el paciente y favorecer el transcurso de su enfermedad. La relación terapéutica es una experiencia y un gran crecimiento tanto en lo profesional como en lo personal para el personal de enfermería.

Discussion

The main objective of this bibliographical review is to know the risk of depression in the elderly in Spain as well as to analyze the role of the nurse in the prevention of both depression and suicide risk in the elderly.

As we have been able to observe in the results section, we find different scientific articles that deal with this topic that we are covering. Scientific articles confirm that in recent years the risk of suffering from depression in the elderly has increased and that having depression leads to many other problems such as a decrease in the person's quality of life, this causes an increased risk of suicide in the elderly whose frequency is lower but at the time of consummation it is more successful.

All the authors that are part of this study, consider that the need to carry out and increase prevention measures to reduce the risk of suffering

from depression in advanced ages, as well as to develop strategies to promote active and healthy aging, for this reason it is The role of the nurse is important so that some of the symptoms do not go unnoticed and prevent this mental health problem from escalating. Good training in Primary Care is essential, since this is the first link in the health system.

In short, the therapeutic nurse-patient relationship is essential in order to be able to carry out nursing interventions effectively, work with the patient and favor the course of their illness. The therapeutic relationship is an experience and a great growth both professionally and personally for the nursing staff.

Conclusiones

- La depresión es un problema de salud pública que afecta a todo el mundo, especialmente a la población geriátrica, siendo más común en la edad de los 75-84 años.
- También se ha podido observar que las tasas influyen dependiendo del entorno donde se sitúen, presentando mayores incidencias aquellas personas mayores que se encuentran hospitalizadas.
- El suicidio también es un gran problema de salud pública, siendo el suicidio consumado en el anciano un fenómeno que se da con más frecuencia que en edades más jóvenes.
- Uno de los principales factores de riesgo para el suicidio es la depresión.
- El papel de la enfermería es imprescindible para el diagnóstico, detención y mejora de la depresión y el riesgo de suicidio, siendo muy importante en la Atención Primaria.
- La entrevista clínica así como las escalas de valoración permiten detectar la depresión geriátrica y el riesgo de suicidio, siendo ambos el principal método de recogida de información para enfermería.

Conclusions

- *Depression is a public health problem that affects everyone, especially the geriatric population, being more common in the age group of 75-84 years.*

- *It has also been observed that the rates influence depending on the environment where they sit, presenting higher incidences in older people who are hospitalized.*
- *Suicide is also a major public health problem, being completed suicide in the elderly a phenomenon that occurs more frequently than in younger ages.*
- *One of the main risk factors for suicide is depression.*
- *The role of nursing is essential for the diagnosis, arrest and improvement of depression and the risk of suicide, being very important in Primary Care.*
- *The clinical interview as well as the assessment scales make it possible to detect geriatric depression and the risk of suicide, both of which are the main method of collecting information for nursing.*

Declaración de transparencia

La autora principal (defensora del manuscrito) declara que el contenido de este trabajo es original y no ha sido publicado previamente ni está enviado ni sometido a consideración a cualquier otra publicación, en su totalidad o en alguna de sus partes.

Fuentes de financiación

No se ha recibido financiación.

Conflicto de intereses

No existe conflicto de intereses entre los participantes.

Publicación

Este trabajo de revisión no ha sido presentado en ninguna ponencia, comunicación oral, póster en ningún congreso o evento científico.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud (OMS). La salud mental y los adultos mayores [Internet]. OMS. 2017 [cited 2021 Nov 3]. p. 2. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>
2. Lopez Trigo JA, Gil Gregorio P, Alamo Gonzalez C, Caballero Martínez L, Espín Ortiz L. Guía de Buena Práctica Clínica en Geriatría. Depresión en las personas mayores. 2012.
3. María Alvarado García A, María Salazar Maya Á. Análisis del concepto de envejecimiento. 2014;57-62.
4. Richard W. Besdine. Introducción al envejecimiento - Salud de las personas de edad avanzada - Manual MSD versión para público general [Internet]. Warren Alpert Medical School of Brown University. 2019 [cited 2021 Dec 10]. Available from: <https://www.msdmanuals.com/es-es/hogar/salud-de-las-personas-de-edad-avanzada/envejecimiento-del-organismo/introducción-al-envejecimiento>
5. Segura N, Lourdes S, Orenday N, Melannie M, Moreno S, Alicia A, et al. Efectos psicológicos y económicos en el adulto mayor debido al aislamiento social causado por la pandemia de covid-19. 2021;1-8.
6. Benavides E. P. La depresión, evolución del concepto desde la melancolía hasta la depresión como enfermedad física. *Revista puce*. 2017;18.
7. Romero Valadez C.R. FVME. SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN ADULTOS MAYORES CON D | *Psiquiatría.com* [Internet]. *Psiquiatría.com*. 2019 [cited 2021 Dec 16]. Available from: <https://psiquiatría.com/bibliopsiquis/sintomas-depresivos-en-adultos-mayores-con-depresion/>
8. Depresión [Internet]. WHO.INT. 2021 [cited 2021 Nov 3]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression> OMS. "Depresión: hablemos", dice la OMS, mientras la depresión encabeza la lista de causas de enfermedad [Internet]. Centro de prensa. 2019 [cited 2021 Nov 25]. p. 1-6. Available from: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13_102:depression-lets-talk-says-who-as-depression-tops-list-of-causes-of-ill-health&Itemid=1926&lang=es.
9. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Una de cada cinco personas llegará a desarrollar un cuadro depresivo a lo largo de su vida [Internet]. 2017 [cited 2022 Feb 16]. Available from: <https://www.segg.es/institucional/2017/03/09/una-de-cada-cinco-personas-llegara-a-desarrollar-un-cuadro-depresivo-a-lo-largo-de-su-vida>
10. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Una de cada cinco personas llegará a desarrollar un cuadro depresivo a lo largo de su vida [Internet]. 2017 [cited 2022 Feb 16]. Available from: <https://www.segg.es/institucional/2017/03/09/una-de-cada-cinco-personas-llegara-a-desarrollar-un-cuadro-depresivo-a-lo-largo-de-su-vida>

11. González Molejón J, García Álvarez M, Valdés Álvarez M, González Bello D, Iglesias Ruisanchez S. LA DEPRESIÓN EN EL ANCIANO | NPunto [Internet]. 2018 [cited 2021 Nov 3]. Available from: <https://www.npunto.es/revista/8/la-depresion-en-el-anciano>
12. Galván P, Fernández E, Fonseca J. Síntomas residuales en el anciano con depresión. *Semergen*. 2012;38(5):285–91.
13. Ramírez Serrano MC. Guías de autoayuda ¿En qué consiste la depresión? Temas para la Educ [Internet]. 2010;9:1–10. Available from: <http://www.feandalucia.ccoo.es/docu/p5sd7368.pdf>
14. Brüning K, Mora I. Depresión en adultos mayores: una mirada desde la medicina familiar. *Dep Med Fam PUC* [Internet]. 2019 [cited 2021 Nov 10];1:1–5. Available from: <https://medicina.uc.cl/publicacion/depresion-en-adultos-mayores-una-mirada-desde-la-medicina-familiar/>
15. Martín-carrasco M, Agüera-ortiz LF, Caballero-martínez L, Cervilla J, Menchón-magriñá JM, Montejo-gonzález ÁL, et al. Consenso de la Sociedad Española de Psicogeriatría sobre la depresión en el anciano. *Psicogeriatría* [Internet]. 2011;3(2):55–65. Available from: https://www.viguera.com/sep/sep/pdf/revista/0302/302_0055_0065.pdf
16. Gasull Molinera V. Depresión y Suicidio 2020. Documento estratégico para la promoción de la Salud Mental [Internet]. Janssen. SEP; FEPSM; SEPB; 2020. 260 p. Available from: <http://www.sepsiq.org/file/Publicaciones/LibroBlancoDepresionSuicidio2020.pdf>
17. Pozo M. Depresión e intento de suicidio en la tercera edad en pacientes hospitalizados en el Servicio de Psiquiatría de un hospital de Lima-Perú. *Rev Fac Med Hum* [Internet]. 2015;1:35–43. Available from: revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH/article/download/984/890/+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=pe
18. Organización Panamericana de la Salud. Prevención del suicidio. OPS-OMS [Internet]. 2020 [cited 2022 Jan 25];1–6. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/prevencion-suicidio>
19. Valiente W, Junco B, Padrón Y, Ramos Y, Alina R. Caracterización clínico-epidemiológica del suicidio en adultos mayores. *Rev Finlay* [Internet]. 2018 [cited 2022 Feb 16];8(2):111–21. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2221-24342018000200006
20. Calderón M. D. Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Rev Medica Hered*. 2018 Oct 16;29(3):182.
21. Instituto Nacional de Estadística. La salud mental en la pandemia. *Boletín Inf del Inst Nac Estadística*. 2021;1–6.
22. Instituto Nacional de Estadística (INE). Encuesta Europea de Salud en España. EESE 2020. Secr Gen Salud Digit Inf e Innovación del SNS [Internet]. 2020;1–Available from: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176784&menu=resultados&idp=1254735573175
23. Sociedad Española de Psiquiatría. La depresión es, más que nunca, un reto para la salud pública en Europa [Internet]. *sepsiq.org*. 2015. p. 3. Available from: http://www.sepsiq.org/file/Noticias/NP_Depresion_17feb.pdf
24. Las muertes por suicidio crecen un 3,7% en España según las últimas cifras del INE [Internet]. Confederación Salud Mental España. 2021 [cited 2022 Jan 31]. Available from: <https://consaludmental.org/sala-prensa/muertes-suicidio-crecen-espana-ine/>
25. Guía de práctica clínica de prevención y tratamiento de la conducta suicida. 2012;381.
26. Distrito Bahía de Cádiz-La Janda. Servicio Andaluz de Salud [Internet]. Junta de Andalucía. [cited 2022 Apr 7]. Available from: <https://www.sspa.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/el-sas/servicios-y-centros/informacion-por-centros/23633>
27. Elena Quintana Calderón. El papel de enfermería en la depresión mayor. TFG [Internet]. 2017;31(180):16–22. Available from: <https://about.jstor.org/terms>
28. Júnior EVDS, Cruz DP, Silva CDS, Rosa RS, Peloso-Carvalho BDM, Sawada NO. Implicaciones de la depresión en la calidad de vida del anciano: estudio seccional. *Enferm Glob*. 2022;21(1):433–46.
29. Aragonès E, Caballero A, Piñol JL. The INDI (INterventions for Depression Improvement) model: An effective proposal to improve the clinical results of depression in primary care. *Aten Primaria* [Internet]. 2013 Apr 1 [cited 2022 Mar 6];45(4):179–80. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-el-modelo-indi-interventions-for-S0212656713000401>
30. Aragonés Benaige E, López Cortacans G, Badia Rafecas W, Piñol Moreso JLI, Hernández Anguera JM, Caballero Alías AC. Abordaje psicoeducativo de la depresión en Atención Primaria. El modelo INDI. *Metas Enferm* [Internet]. 2011
31. López-Cortacans, G. Badia, W. Caballero, A. Casaus, P. Piñol, J.L. Aragonés E. Efectividad de un programa para el abordaje multidisciplinar que potencia el rol enfermero en Atención Primaria. *Metas Enferm* [Internet]. 2012 [cited 2022 Mar 6];15(2):28–32. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3890687>



AULAMAGNA

PROYECTO CLAVE

PUBLICA TU OBRA ACADÉMICO-PROFESIONAL

EN **AULA MAGNA MCGRAW HILL** ESTAMOS ESPECIALIZADOS EN LA PUBLICACIÓN DE LIBROS EDUCATIVOS Y DE INVESTIGACIÓN, EN ESPECIALIDADES COMO SANIDAD, HUMANIDADES, CIENCIAS SOCIALES E IDIOMAS, ECONOMÍA Y NEGOCIOS O CIENCIAS.

TRABAJAMOS CON AUTORES Y PUBLICACIONES DIRIGIDAS AL ÁMBITO UNIVERSITARIO Y PROFESIONAL.



PL. DE LA MAGDALENA, 9 PLANTA 3,
41011 SEVILLA



(+34) 91 005 29 90



info@editorialaulamagna.com



www.editorialaulamagna.com

SANUM

Revista Científico-Sanitaria

NORMAS GENERALES PARA LA PUBLICACIÓN DE ARTÍCULOS

SANUM es una revista digital científica de publicación trimestral, con artículos científicos de interés para el desarrollo de las diferentes áreas sanitarias profesionales. La revista contiene artículos originales, inéditos; los cuales serán revisados por la Secretaría del consejo de redacción y un comité editorial y científico. Así, los trabajos deberán cumplir las normas de calidad, validez y rigor científico para promover la difusión del conocimiento científico.

**Se certificarán los artículos publicados en la revista
con su correspondiente número de ISSN**

LA REVISIÓN Y PUBLICACIÓN DE ARTÍCULOS ES TOTALMENTE GRATUITA

Para más información, consulta nuestra web:

<http://www.revistacientificasanum.com>

GENERALIDADES

1. Los trabajos que se presentan para ser publicados en la revista SANUM deben ser **originales, inéditos, no aceptados ni enviados** simultáneamente para su consideración en otras revistas. En el caso de que el trabajo se haya presentado en alguna Jornada, Congreso o evento similar se deberá indicar el nombre completo del congreso, fechas y lugar de celebración, así como su forma de presentación (póster, comunicación oral o ponencia). Así como si se ha publicado en el resumen del libro oficial del congreso, estimando que en el caso que fuera el texto completo, no se consideran inéditos.
2. Los autores de los trabajos deben ser profesionales sanitarios u otros profesionales no sanitarios o relacionados con el ámbito sanitario. El número máximo de autores aceptados en los trabajos no superará en ningún caso los **cinco autores**.
3. Los autores deben tener **autorización** previa para presentar datos o figuras íntegras o modificadas que ya hayan sido publicadas. Publicar fotografías que permitan la identificación de personas. Mencionar a las personas o entidades que figuren en los agradecimientos.
4. Los autores **renuncian implícitamente a los derechos de publicación**, de manera que los trabajos aceptados pasan a ser propiedad de la revista SANUM. Para la reproducción total o parcial del texto, tablas o figuras, es imprescindible solicitar autorización del Consejo de Redacción y obligatorio citar su procedencia.
5. La Secretaría del Consejo de Redacción puede plantear a los autores las modificaciones que considere necesarias para la publicación del trabajo. En estos casos, los autores deberán enviar el original con las modificaciones propuestas en un **plazo no superior a 15 días**; en caso de no cumplirse ese plazo, el trabajo quedará rechazado.
6. El envío del trabajo a esta revista supone la **ACEPTACIÓN ÍNTEGRA** de todos los criterios dictados en las normas de presentación de artículos propuestos por la Secretaría del consejo de redacción y comité editorial científico de la revista SANUM.
7. Una vez aceptado el trabajo, el autor principal de correspondencia recibirá un correo-e de aviso de aceptación del original. Igualmente se enviará nuevo correo-e cuando el artículo vaya a ser publicado, indicándose fecha y número de la publicación del trabajo.
8. Todos los autores del trabajo **deberán firmar y enviar por correo postal** el modelo de **declaración de autoría y cesión de los derechos de autor** en documento **original** como último requisito previo e inexcusable a la publicación del artículo.

**LA REVISIÓN Y PUBLICACIÓN DE LOS
ARTÍCULOS EN LA REVISTA CIENTÍFICA SANUM
ES TOTALMENTE GRATUITA**

SANUM publica trabajos originales, artículos de revisión, editoriales, casos clínicos o estudio de casos, protocolos y otros artículos concretos relacionados con cualquier área sanitaria profesional de las ciencias de la salud y que favorezcan el desarrollo y difusión de la investigación, conocimientos y las competencias de las mismas. Todos los trabajos recibidos se someten a evaluación por el comité editorial y, si procede, por revisores/as externos/as. Los manuscritos deben elaborarse siguiendo las recomendaciones del Comité Internacional de Directores de Revistas Médicas en su última versión y ajustarse a las normas de publicación aquí expuestas. La falta de consideración de estas recomendaciones e instrucciones ocasionará irremediablemente un retraso en el proceso editorial y en la posible publicación del manuscrito, y también puede ser causa de rechazo del trabajo.

Los artículos deben cumplir las siguientes normas de publicación:

FORMA DE ENVÍO DE ORIGINALES: EMAIL

La **única forma de envío de los trabajos** será a través del siguiente correo-e: **consejoderedaccion_revistasanum@yahoo.es** y siguiendo las reglas y recomendaciones de presentación de los trabajos.

- Deberá ser enviado por el autor principal: **AUTOR DE CORRESPONDENCIA**.
- En el **ASUNTO** del mensaje deberá escribirse el título del trabajo en mayúsculas.
- En la **CABECERA** del mensaje deberá indicarse el título de cada uno de los archivos adjuntos enviados con el mensaje. Además deberá indicarse el nombre y apellidos de los autores, categoría profesional y actividad laboral actual.

Una vez recibido el trabajo por esta vía y según estas recomendaciones, se enviara una respuesta tras su revisión por parte de la Secretaría Técnica del consejo de redacción. En caso de recibir algún trabajo enviado sin estas recomendaciones, no se atenderá ni será revisado por el consejo de redacción, considerándose como **trabajo no aceptado**.

Una vez comprobado que el artículo reúne las características de estructura aceptadas por esta revista, la Secretaria del consejo de redacción enviará al comité editorial y científico el manuscrito para una **revisión documental, ética y de rigor científico, condiciones necesarias para que el artículo sea aceptado y publicado en esta revista**.

Una vez sea admitido el artículo por el comité editorial, se procederá al aviso a los autores para su próxima publicación, que dependerá de la cola de artículos existentes en ese momento y que estén pendientes de publicar en la revista con la decisión de orden de publicación que dicta el comité editorial y científico.

ASPECTOS FORMALES DE LOS ORIGINALES

- Formato del documento: A4.
- Nº mínimo de páginas completas sin imágenes: 10 páginas
- Nº máximo de páginas completas sin imágenes: 20 páginas.
- Todas las páginas deben estar numeradas en la parte inferior derecha.
- Fuente: Times New Roman. Tamaño de letra de 12 puntos, a doble espacio.
- Textos sin viñetas.
- Archivos en formato Word. Guardar archivos con extensión .doc, .docx o .rtf
- Imágenes a color 72 pp.
- Los cuadros, mapas y gráficas podrán presentarse en **formato Excel** con claridad y precisión; invariablemente deberán incluir la fuente o el origen de procedencia, y en el texto del trabajo deberá indicarse su colocación exacta. El número máximo de estos elementos no deberá superar los seis elementos en total, entre imágenes, tablas o gráficos.
- Las llamadas deberán ser numéricas.
- Las citas deberán insertarse en el texto abriendo un paréntesis con el apellido del autor, el año de la publicación y la página.
- Para siglas, acrónimos o abreviaturas, la primera vez que se usen deberá escribirse el nombre completo o desatado; luego, entre paréntesis, la forma que se utilizará con posterioridad. Ejemplos: Banco Mundial (BM), Organización de las Naciones Unidas (ONU), producto interno bruto (PIB).
- Los artículos se recibirán con la correspondiente corrección ortográfica y de estilo.
- La publicación de los artículos estarán sujetas a la disponibilidad de espacio en cada número.
- Los apartados siguientes deberán presentarse en **español e inglés:**
TÍTULO, RESUMEN, PALABRAS CLAVE, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.

POLÍTICAS DE SECCIÓN

Las secciones que son admitidas siguiendo la política editorial de la revista son las siguientes:

- **Editorial:**
Esta sección contemplará comentarios y reflexiones sobre algún tema novedoso de actualidad sanitaria o de relevancia científica, relacionado las Ciencias

de la Salud, Ciencias Médicas, Enfermería u otra disciplina sanitaria o clínica, que tenga interés para los profesionales sanitarios o no sanitarios.

Esta sección se elaborará por habitualmente por encargo de la dirección o equipo editorial de la revista, aunque la revista está abierta a propuestas sobre temas y autores que puedan desarrollarlos como expertos en la materia a presentar. La editorial no expresa la postura oficial del comité editorial de SANUM, a no ser que así se indique expresamente en el propio editorial.

Todos los editoriales deberán tratar de ser imparciales y versar sobre temas novedosos, polémicos o de los que haya muy poca literatura, y deberán reflejar las diferentes posturas existentes. Los editoriales tendrán una extensión máxima de 500 palabras, hasta 10 referencias bibliográficas, y sin ningún elemento gráfico. No se debe incluir resumen.

Esta sección se publica como artículo de cabecera de la revista.

- **Cartas al editor:**

En esta sección se publicarán observaciones científicas y formalmente aceptables sobre los artículos publicados en la revista SANUM, de los dos números previos publicados. También es un espacio para los lectores envíen sus comentarios sobre los temas de actualidad, en cualquier aspecto relacionado con las ciencias de la salud que pueda ser de interés para los profesionales sanitarios y no sanitarios. Es la sección ideal para el intercambio de ideas y opiniones entre los lectores, autores y equipo editorial de la revista, en la cual os invitamos a participar. La extensión máxima será de 500 palabras. Se admitirá una tabla o figura (consultar normas de publicación de tablas y figuras) y hasta 6 referencias bibliográficas.

- **Artículos Originales:**

Descripción íntegra de un trabajo de investigación esencial o práctica clínica que aporte información suficiente para permitir una valoración crítica. Estos trabajos tendrán una metodología cuantitativa o cualitativa relacionados con cualquier aspecto de la investigación en el ámbito sanitario o sociosanitario de las diferentes disciplinas de las Ciencias de la Salud. El manuscrito no superará las 3.000 palabras (excluidos el resumen, los agradecimientos, la bibliografía y las figuras y/o tablas). El número máximo de referencias bibliográficas será de 35, y el número de tablas o figuras no superará las 6.

En la estructura del documento deben constar de manera ordenada los siguientes apartados: Introducción, Metodología, Resultados, Discusión y Conclusiones. Las unidades de medida en cualquier sección se expresarán en sistema convencional o bien en el sistema internacional (SI).

Además de la estructura anterior, este manuscrito debe incluir un RESUMEN, que puede ser estructurado o no estructurado y al menos 3 PALABRAS CLAVES, ambos apartados en español e inglés.

- **Originales breves:**

Trabajos con las mismas características descritas en los originales, pero que se publican de manera más abreviada con objetivos y resultados más concretos. La extensión máxima del texto será de 1.500 palabras admitiéndose hasta un máximo de 3 tablas o figuras. La estructura de estos manuscritos será la misma que la de los originales (Introducción, Metodología, Resultados y Discusión) con 15 referencias bibliográficas como máximo. El resumen debe ser estructurado y el resto de la estructura debe ser la misma que la de los originales.

- **Revisiones:**

Estudios bibliométricos, revisiones sistemáticas, metaanálisis y metasíntesis sobre temas relevantes y de actualidad en Ciencias de la Salud, que debe incluir: Introducción, Metodología, Resultados, y Discusión y Conclusiones. La extensión máxima del texto será de 3000 palabras, y se admitirán hasta un máximo de 6 tablas o figuras (ver normas de las normas de tablas y figuras). Los trabajos de revisión incluirán un resumen estructurado de 250 palabras y un máximo de 50 referencias bibliográficas. Puede incluir palabras clave.

Para la elaboración de las revisiones sistemáticas o metaanálisis será recomendable seguir las indicaciones publicadas en la declaración PRISMA (<http://www.prisma-statement.org>).

- **Protocolos o procedimientos. Notas de campo.**

En esta sección se publicarán manuscritos sobre el estado actual del conocimiento en aspectos concretos, experiencias de la práctica profesional que sean de gran interés, novedosos y relevantes sobre la base de la experiencia profesional del autor o autores.

Su temática podrá incluir no sólo problemas del ámbito asistencial, sino también cuestiones de contenido docente, de investigación o de gestión. La estructura incluirá: Introducción, Desarrollo, Conclusiones y Bibliografía. La extensión máxima será de 2000 palabras y un resumen de no más de 500 palabras, en castellano e inglés. Se admitirán hasta un máximo de 3 tablas y/o figuras, y 20 referencias bibliográficas.

- **Casos clínicos:**

En esta sección se publicarán manuscritos que deben ser trabajos esencialmente descriptivos de uno o varios casos clínicos, de excepcional interés, bien por su escasa frecuencia, bien por su evolución no habitual o por su aportación al conocimiento de la práctica clínica en cualquiera de las disciplinas de las ciencias de la Salud. Los profesionales deben exponer los aspectos nuevos o ilustrativos de cualquier área de conocimiento sanitario de la práctica clínica y expresarlos de manera estándar y que sea comprensible para el

resto de los profesionales. Deben estar adecuadamente argumentados y explicados. Su extensión máxima debe ser de 1000 palabras y seguir una estructura concreta y adecuada a su descripción. Podrás incluir hasta 3 tablas y/o figuras y hasta 10 referencias bibliográficas.

- **Artículos especiales:**

Se publicarán manuscritos referidos a otros trabajos que no se ajusten a los anteriores tipos de trabajos y que pueda ser de interés científico de cualquier área sanitaria. Este tipo de manuscritos tendrán una extensión máxima de 1500 palabras y 2 tablas o figuras. Incluirán un resumen de 250 palabras. No será necesario estructurar dicho resumen ni el texto principal en introducción, métodos, resultados y discusión. Se recomienda un máximo de 15 referencias bibliográficas.

- **Imágenes clínicas:**

Las imágenes clínicas deben cumplir rigurosamente los términos internacionales de la ética y respetando la integridad de los pacientes y cumpliendo con lo que es el consentimiento informado.

Imágenes de cualquier tipo (ectoscópica, endoscópica, radiológica, microbiológica, anatomopatológica, etc) que sean demostrativas y que contengan por sí mismas un mensaje relevante de rigor científico y actual. Su estructura deberá contener título en español e inglés, presentación del caso, diagnóstico, evolución y breve comentario a modo de discusión de los hallazgos observados. No debe superar las 500 palabras y no más de 10 citas bibliográficas y 3 autores como máximo. Se recomienda incluir recursos gráficos explicativos (flechas, asteriscos) en la imagen. La calidad de la misma deberá tener al menos 300ppp y con un tamaño no superior a media página del manuscrito presentado. Será sometida a revisión por pares.

- **Guías de práctica clínica.**

Son manuscritos donde se plantean preguntas o problema de salud/clínico y se organizan las mejores evidencias científicas disponibles para que, en forma de recomendaciones, sean utilizadas en la toma de decisiones clínicas. Se definen como "el conjunto de recomendaciones desarrolladas de manera sistemática, para ayudar a los clínicos y a los pacientes en el proceso de la toma de decisiones, sobre cuáles son las intervenciones más adecuadas para resolver un problema clínico en unas circunstancias sanitarias específicas" (Field MJ, 1990).

La estructura que debe seguir es: Título- Etapas en el desarrollo de la guía- Elección de la condición clínica/problema de salud-Especificación de las tareas-plan de trabajo-Revisión sistemática de la literatura y elaboración de las recomendaciones-Bibliografía revisada y actualizada-Autores de la guía.

La Guía se revisará y una vez aceptada, se propondrá la publicación de la misma de manera abreviada como artículo especial y la publicación de la guía completa o extendida como monografía en la sección de suplementos.

ESTRUCTURA FORMAL QUE DEBEN PRESENTAR LOS MANUSCRITOS

Se debe seguir una estructura estándar propuesta por El International Committee of Medical Journal Editors, (Comité Internacional de Directores de Revistas Médicas), que reconoce una estructura genérica del Manuscrito Científico. Por tanto, el artículo científico se somete a esta estructura internacionalmente aceptada, en la que cada apartado tiene una finalidad y una intención. Esta estructura puede variar según qué tipo de artículo de los anteriormente indicados se presente.

Por tanto, debe seguirse la siguiente **ESTRUCTURA DE LOS MANUSCRITOS** que se reciben en la Secretaría Técnica:

PRIMERA PÁGINA:

- Título del artículo tanto en castellano como en inglés.
- Nombre completo y apellidos de cada uno de los autores, profesión y centro de trabajo en su caso, sin abreviaturas (M^a...)
- Centro/s donde se ha realizado el trabajo.
- Nombre, dirección de correo electrónico, y teléfono del autor responsable para la comunicación de avisos. Es el autor-a de correspondencia.
- Financiación del artículo: deben indicarse las ayudas económicas y materiales que haya podido tener el estudio, e indicar el organismo, la agencia, la institución o la empresa, y el número de proyecto, convenio o contrato. En caso de no contar con financiación externa se hará constar «Sin financiación». Se requiere esta información en todos los tipos de artículos anteriormente descritos.
- Conflicto de intereses: Los/las autores/as, al enviar el manuscrito, deben indicar si existe algún conflictos de intereses (moral, económico, laboral, investigación, etc.). el consejo editorial podrá requerir a los/las autores/as que esta declaración de conflictos se amplíe o detalle al máximo cuando lo consideren oportuno. Del mismo modo, si no hay ningún conflicto de intereses deberán hacerlo constar explícitamente.
- Si se ha presentado como ponencia, comunicación oral, póster, etc. en algún congreso o jornada, indicando fechas de celebración, lugar de celebración.

Recomendaciones a tener en cuenta con el título del artículo

Se considera la 'tarjeta de presentación del artículo' frente al lector investigador o miembro de la comunidad científica. Ha de ser atractivo para captar la atención del lector y ha de identificar con precisión el tema principal del escrito, ha de ser descriptivo.

Si el estudio se centra en un grupo de población específico (sólo mujeres o sólo hombres, personas mayores, población inmigrante...), en el título, se debe mencionar dicho grupo de población.

Resumen y palabras clave

En segunda página, deberán incluirse el resumen y las palabras clave en castellano e inglés, y en ese orden.

RESUMEN

Representa una síntesis del contenido esencial del trabajo, una representación abreviada y precisa del contenido del documento, sin interpretación ni crítica, que ayuda al lector a decidir la lectura o no del texto completo.

El resumen puede ser estructurado o no estructurado. El resumen estructurado debe incluir una concreción de los principales apartados del trabajo: introducción, método, discusión, conclusión principal. El resumen no estructurado es menos recomendable y debe contener una clara síntesis de los rasgos destacados del manuscrito.

La extensión aproximada del resumen será de 250 palabras, no llegando a superar el máximo de 350 palabras, puede variar según tipo de trabajo (leer políticas de sección)

PALABRAS CLAVE

A continuación del resumen se expondrán no más de 5 palabras clave, sin explicar su significado. Estas palabras claves deben expresar términos significativos del trabajo presentado y describen el contenido principal del artículo. No se admitirán como palabras clave las siglas o abreviaturas.

Sirven para su inclusión en los índices o las bases de datos, permitiendo su selección cuando se realiza una búsqueda bibliográfica. Para ordenar una futura búsqueda bibliográfica por parte de otros autores y profesionales deben ponerse en el orden de aparición en el artículo.

En las ciencias médicas deben extraerse del Medical Subject Heading (MeSH) cuya traducción en español es "Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS)". Por ello, es necesario su comprobación en estos

descriptores para usarse en el artículo. El enlace de acceso: <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>

Abstract and Keywords

Los dos apartados anteriores deben escribirse en inglés, figurando la traducción completa y exacta al inglés del resumen (Abstract) y de las palabras clave (Key Words) además del título del artículo. Hay que tener en cuenta que esta información en inglés aparecerá en las principales bases de datos bibliográficas, y es responsabilidad de los/las autores/as su corrección ortográfica y gramatical.

ESTRUCTURA ESTANDAR IMRAD

Los siguientes apartados del manuscrito deben seguir la estructura propuesta por El *International Committee of Medical Journal Editors*, que reconoce una estructura genérica del Manuscrito Científico que recoge los siguientes apartados: Introducción, Material y Métodos, Resultados, Discusión y Conclusiones 'IMRAD'. Por tanto, el artículo científico se somete a esta estructura internacionalmente aceptada, en la que cada apartado tiene una finalidad y una intención. Esta estructura general puede cambiar según el tipo de artículo propuesto

INTRODUCCIÓN

La introducción tiene que exponer "porqué se ha hecho este trabajo", y una idea resumida del trabajo realizado. Esbozará el momento de la situación, debe describir el problema de estudio y sus antecedentes, y argumentarse con referencias bibliográficas actualizadas. Y se establecerá claramente los objetivos del trabajo.

Las citas bibliográficas deben ser las necesarias y deben ser actuales (entre 6 y 10 años dependiendo del tema, considerándose lo ideal por debajo de los 6 años), salvo publicaciones que constituyan "hitos", en la evolución del conocimiento del tema investigado.

No debe ser excesivamente larga que puedan aburrir y acaparar demasiada atención al lector respecto a otros apartados de más peso (unas 300 palabras) y de la estructura central del artículo.

HIPOTESIS Y/U OBJETIVOS DEL TRABAJO:

Estos dos apartados pueden desarrollarse en un apartado propio, como ocurre en los proyectos de investigación o añadirlo dentro de la redacción del artículo como párrafos finales de la Introducción.

Hipotesis: En relación a la/s hipótesis deben considerarse los siguientes aspectos:

- La hipótesis representa la teoría del investigador en relación al tema de investigación (no es una pregunta de investigación).

- La hipótesis debe formularse de forma directa y sencilla en un texto breve (no se pueden formular varias hipótesis en un mismo párrafo).
- Las hipótesis se contrastan, por lo que condicionan el diseño, metodología y análisis (lo que no es contrastable no es una hipótesis).

Objetivos: hacen referencia a lo que se pretende conseguir con el trabajo. Es recomendable presentar un objetivo principal y no más de 2-3 objetivos secundarios, teniendo en cuenta que estos deberán ser justificados durante el desarrollo del trabajo, aun no habiendo sido conseguidos.

MATERIAL Y METODOS (METODOLOGIA)

Este apartado sección explica cómo se hizo la investigación, hay que dar toda clase de detalles. La mayor parte de esta sección debe escribirse en pasado. El trabajo ha de poder ser validado y repetido por otros investigadores, por lo tanto habrá que ofrecer información precisa para que otros compañeros puedan repetir el experimento, esto implica describir minuciosamente y defender el diseño. El método científico exige que los resultados obtenidos, sean reproducibles.

RESULTADOS.

Este apartado es el núcleo de la comunicación, donde se muestran los DATOS obtenidos. Aquí se comunica los resultados de la investigación. Pueden ofrecerse los datos mediante texto, tablas y figuras. El texto es la forma más rápida y eficiente de presentar pocos datos, las tablas son excelentes para presentar datos precisos y repetitivos y las figuras son la mejor opción para presentar datos que muestran tendencias o patrones importantes. La figura comprende cualquier material de ilustración posible: gráficas, diagramas y fotografías.

DISCUSIÓN.

Se expondrá porque se ha hecho este estudio y a qué resultados o consecuencias se ha llegado, pudiéndose incluir los efectos conseguidos si se trata de un trabajo significativo o de investigación. Es la INTERPRETACIÓN de los resultados obtenidos, por tanto el autor no debe expresar como conclusiones aquellas que no se deriven directamente de los resultados. Explica el significado de los datos experimentales y los compara con resultados obtenidos por otros trabajos similares anteriores.

Hacen referencia a argumentos y afirmaciones relativas a datos de mediciones experimentales y de la lógica: ciencia referente a reglas y procedimientos para discernir si un razonamiento (raciocinio) es correcto (válido) o incorrecto (inválido).

Con las conclusiones, constituye la parte final y propia del trabajo desarrollado y expuesto.

CONCLUSIONES.

A partir de esta discusión sacaremos nuestras conclusiones, que han de ser interpretativas, no descriptivas, por lo tanto no pueden reproducir datos cuantitativos y es importante que realicemos un esfuerzo por resumir las principales aplicaciones o beneficios en términos de salud que nuestro trabajo pueda reportar.

Ambos apartados anteriores (DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES), deben exponerse en castellano e inglés, en este orden.

Referencias bibliográficas/bibliografía

Las referencias bibliográficas deberán necesariamente numerarse consecutivamente mediante llamada por superíndice y números arábigos en el orden de aparición por primera vez en el texto, tablas y figuras. Este apartado refleja la base documental en la que se ha asentado la investigación y apoya principalmente los apartados de introducción, metodología y discusión.

Para referenciar correctamente cada uno de los trabajos debemos utilizar los Requisitos de Uniformidad para Manuscritos, lo que conocemos como NORMAS DE VANCOUVER, que está disponible en las recomendaciones del Comité Internacional de Editores de Revistas Biomédicas.

Las NORMAS DE VANCOUVER, puede consultarse en: <https://www.fisterra.com/herramientas/recursos/vancouver/>

Elementos gráficos: imágenes, tablas y figuras

Imágenes:

Pueden incluirse imágenes en un número máximo de 3, que deben seguir las normas éticas y permisos de publicación correspondientes, incluyendo las fuentes de procedencia y autorizaciones correspondientes. La fuente de procedencia puede referirse en la bibliografía..

Den estar relacionadas con la temática del trabajo y pueden estar referidas a alguien aparte del texto, en cuyo caso debe indicarse en el mismo, por ejemplo: (imagen 1). .

Deben tener suficiente calidad y con título en su pie de imagen y enviarse en formato de imagen (jpg, tif,...) y en ARCHIVO ADJUNTO aparte del manuscrito. Pueden aparecer igualmente en el manuscrito o indicarse el lugar donde se desea colocar, indicándolo en rojo y cuál es el orden de aparición.

Tablas y figura:

Estos elementos gráficos representan una herramienta muy útil y generalmente trascendente para la presentación de los datos obtenidos en el estudio. Cada elemento debe contener un título y estar numerada por el orden de aparición en el texto. Puede incluirse una breve explicación del elemento gráfico que no supere una línea de texto según las dimensiones del elemento..

En caso de contener abreviaturas o siglas, debe aparecer su significado en el pie del elemento gráfico y en el encabezado debe ubicarse su numeración y título..

Otros apartados a incluir al final del manuscrito

(se sitúan tras las conclusiones y antes de la bibliografía):

Declaración de transparencia

Es necesario redactar este apartado en todos los casos. Esta declaración es redactada por el autor/a principal del estudio en el que debe asegurar la calidad, rigor y transparencia del estudio, con sus resultados y limitaciones; además de expresar la participación de los autores firmantes del manuscrito con su total aprobación del mismo. Un ejemplo de este apartado (redacción recomendada):

"La autora principal (defensora del manuscrito) asegura que el manuscrito es un artículo honesto, adecuado y transparente; que ha sido enviado a la revista científica SANUM, que no ha excluido aspectos importantes del estudio y que las discrepancias del análisis se han argumentado, siendo registradas cuando éstas han sido relevantes. Todos los autores han contribuido sustancialmente en el diseño, análisis, interpretación, revisión crítica del contenido y aprobación definitiva del presente artículo"..

(Se recomienda lectura del apartado "DECLARACIÓN ÉTICA DE LA PUBLICACIÓN").

Fuentes de financiación

Es necesario redactar este apartado en todos los casos e indicar la fuente de procedencia si hubiera o en caso de no haber ninguna fuente de financiación, indicar: "sin fuentes de financiación".

(Se recomienda lectura del apartado "DECLARACIÓN ÉTICA DE LA PUBLICACIÓN").

Conflicto de intereses

Es necesario redactar este apartado en todos los casos. En caso de no existir ningún tipo de conflicto de intereses, deberá quedar expresado en la

página de datos de los autores: "sin conflicto de intereses"; o expresar los conflictos surgidos durante el desarrollo del estudio..

(Se recomienda lectura del apartado "DECLARACIÓN ÉTICA DE LA PUBLICACIÓN").

Publicación

Es necesario redactar este apartado en todos los casos. Debe indicarse si el estudio ha sido presentado en algún evento científico (jornada, simposio o congreso) y en el formato presentado (comunicación oral, poster, ponencia...) En ese caso exponer el título, fechas de celebración y localidad del mismo.

En caso de no haber sido presentado previamente en ningún evento debe indicarse: "este estudio (trabajo) no ha sido presentado en ningún evento científico (congreso o jornada)".

(Se recomienda lectura del apartado "DECLARACIÓN ÉTICA DE LA PUBLICACIÓN")

Agradecimientos

Deberán dirigirse a las instituciones, organizaciones y/o personas que han colaborado de forma significativa en la realización del estudio sin la consideración de ser autor/a. Los autores tienen la responsabilidad de obtener los correspondientes permisos en su caso. Así, todas las personas mencionadas específicamente en este apartado de agradecimientos deben conocer y aprobar su inclusión en dicha sección.

ASPECTOS ÉTICOS Y LEGALES

La revista SANUM, así como FeSP-UGT/Andalucía **quedan exentos de responsabilidad** de las opiniones, imágenes, textos y originales de los autores o lectores que serán los responsables legales de su contenido. Así mismo, los autores han dado su **consentimiento** previo para aparecer en el original, siendo responsable de ello el autor remitente del trabajo.

En el caso de comprobar que el trabajo ha sido parcial o íntegramente copiado o plagiado de otro trabajo o publicación de otra revista o libro, será inmediatamente **rechazado** por el consejo de redacción de la revista.

Tanto las imágenes, personas, organismos o datos del original guardarán el anonimato salvo permiso expreso de ser nombrados por los mismos. En todo momento, se procederá según las normas legales de protección de datos.

Una vez aceptado el trabajo para su publicación, los autores (todos) deben enviar la **DECLARACIÓN DE AUTORIA Y CESIÓN DE LOS DERECHOS DE AUTOR**, rellenando íntegramente todos sus apartados tras la lectura del documento y firmado. Este documento deberá ser enviado original a la siguiente dirección postal:

Secretaría de Salud, sociosanitaria y dependencia FeSP-UGT/Andalucía (revista científica SANUM)
Avda. Blas Infante nº 4, 5ª entreplanta
41011-Sevilla

Comunicación con los autores

El consejo editorial de la revista informará convenientemente al autor de correspondencia **tras la 1ª revisión que realiza la secretaria técnica** de la revista, indicando todas aquellas modificaciones estructurales necesarias de realizar o si el manuscrito está correcto estructuralmente se avisará de su envío a la **2ª revisión por parte del comité editorial y científico** de la revista; a través del correo-e del autor de correspondencia.

En el caso de que el comité editorial y científico solicite modificaciones de cualquier índole al manuscrito, se indicaran tales cambios a realizar a través de email al autor de correspondencia.

En caso de ser aceptado el artículo, entrará en el orden de "cola" según el orden de valoración realizada por el comité editorial y científico, temática y que sea acordado por el consejo de redacción de la revista, siendo avisado al autor de correspondencia, indicando fecha y número de la publicación del trabajo. **En ese momento se solicitará al autor que envíe la cesión de derechos, que es imprescindible como último paso previo a la publicación del artículo.**

El primer mensaje de la secretaria técnica será considerado como resguardo o "RECIBÍ" y no se emitirán ningún tipo de certificado que acredite que se publicará el trabajo o que se ha entregado. **Una vez se haya publicado el artículo en la revista, se emitirá certificación con número de ISSN, constandingo el título del artículo y el nombre completo de los autores del mismo, siendo enviado al primer autor del artículo.**

El consejo de redacción de la revista no mantendrá otro tipo de comunicación con los autores de los trabajos salvo la expresada anteriormente: **revisión de la secretaria técnica, comunicación sobre aspectos a modificar y aceptación del trabajo para su publicación.**

Contacto

Email: consejoderedaccion_revistasanum@yahoo.es

Teléfono: 637 503 298 en horario de 9:00 a 14:00 horas (sólo lunes, martes y jueves).

Síguenos en:

<http://www.revistacientificasanum.com/>

facebook: @revistasanum

twitter: @SANUMcientifica

instagram: <https://www.instagram.com/revistacientificasanum/?hl=es>

¿Quieres **TRABAJAR**
en la **ADMINISTRACIÓN PÚBLICA**
...o te conformas solo con opositar?

RODIO
ediciones

¡¡Ponte en contacto con nosotros!!



955 28 74 84



info@edicionesrodio.com

www.edicionesrodio.com



¡Trabajar en la Administración pública es ahora más fácil!

