



**Editor Jefe**

Angélica Mosqueda Díaz  
*Doctora en Enfermería*  
*Escuela de Enfermería, Universidad de Valparaíso*

**Editor Asociado**

Cibeles González Nahuelquin  
*Mg. en Enfermería*  
*Escuela de Enfermería, Universidad de Valparaíso*

**Corrección Abstract**

Prof. Paulina Hurtado Arenas  
Prof. Paulina Gundelach González

**Diseño General**

María Cristina Baranlloni Lagos

**Diseño Portada**

Estudiante Camila Villagrán Cáceres

**Diseño Logo**

Estudiante Omar Vega Mueña

**Diseño Nombre**

Estudiante Victoria Caqueo Alvarez

**Dirección**

Angamos 655, Campus de la Salud, Reñaca  
Viña del Mar, Chile

**Contacto**

Fono: 32-2603815 - 32-2603820  
Email: revista.enfermeria@uv.cl

## COMITÉ EDITORIAL INTERNACIONAL

### **SOR CALLISTA ROY**

Doctora en Sociología  
Escuela de Enfermería William F. Connell  
Boston College, Estados Unidos

### **MARÍA CONSUL GIRIBET**

Doctora en Pedagogía  
Departamento de Enfermería  
Universidad Autónoma de Barcelona, España

### **JOSÉ SILES GONZÁLEZ**

Doctor en Historia  
Escuela de Enfermería  
Universidad de Alicante, España.

### **DIANA ACHURY SALDAÑA**

Magister Enfermería Cardiovascular  
Facultad de Enfermería  
Pontificia Universidad Javeriana, Colombia

### **FRANCISCO GUZMÁN FACUNDO**

Doctor en Enfermería  
Facultad de Enfermería  
Universidad Autónoma de Nuevo León, México

### **JOSÉ RAMÓN MARTÍNEZ RIERA**

Doctor en Ciencias de la Enfermería  
Facultad de Ciencias de la Salud  
Universidad de Alicante, España

### **LETICIA CASIQUE CASIQUE**

Doctora en Enfermería  
Facultad de Enfermería y Obstetricia  
Universidad de Guanajuato, México

### **LUZ PATRICIA DÍAZ HEREDIA**

Doctora en enfermería  
Facultad de Enfermería  
Universidad Nacional, Colombia

### **JULIA MARICELA TORRES ESPERÓN**

Doctora en Ciencias de la Salud  
Escuela Nacional de Salud Pública, Cuba

## COMITÉ EDITORIAL NACIONAL

### **ALIDE SALAZAR MOLINA**

Doctora en Enfermería, Facultad de Enfermería,  
Universidad de Concepción

### **ANA MARÍA VÁSQUEZ AQUEVEQUE**

Doctora en Educación  
Escuela de Enfermería, Universidad de la Serena

### **ESTERBINA OLIVARES VERGARA**

Magister en Docencia para la Educación Superior  
Escuela de Enfermería, Universidad de Valparaíso

### **EUGENIA URRA MEDINA**

Doctora en Filosofía de la Enfermería  
Escuela de Enfermería, Universidad de la Serena

### **ISABEL SIEFER NAVAS**

Magister en Enfermería  
Escuela de Enfermería, Universidad de Valparaíso

### **LORENA BETTANCOURT ORTEGA**

Magister en Enfermería  
Escuela de Enfermería, Universidad de Valparaíso

### **MARÍA SOLEDAD RIVERA MARTÍNEZ**

Doctora en Filosofía de la Enfermería  
Escuela de Enfermería,  
Pontificia Universidad Católica de Chile

### **MITZI LETELIER VALDIVIA**

Doctora en Ciencias de la Salud  
Escuela de Enfermería, Universidad de los Andes

### **PAULA CEBALLOS VÁSQUEZ**

Doctora en Enfermería  
Departamento de Enfermería,  
Universidad Católica del Maule

### **CECILIA LANDMAN NAVARRO**

Doctora en Educación Mención Evaluación  
Escuela de Enfermería, Universidad de Valparaíso

# ÍNDICE DE ARTÍCULOS

## EDITORIAL

<b>Enfermera especialista y enfermera de práctica avanzada: ¿Roles distintos o complementarios?</b>	M. Consuelo Cerón Mackay Paulina Milos Hurtado	4
---	---	---

## ORIGINALES

<b>Influencia de la religiosidad en las actitudes y el consumo de alcohol en adolescentes y jóvenes</b>	Francisco Rafael Guzmán Facundo Viridiana Elizabeth Pérez Carrillo Lucio Rodríguez Aguilar Amalia Mejía Martínez Josefina Sarai Candia Arredondo	9
<b>Percepción de la importancia de las necesidades de los familiares de pacientes en una UCI</b>	Jasna Marlene Castillo Villablanca Zita Elena Lagos Sánchez	20
<b>Úlceras por presión en pacientes de un hospital de alta complejidad en Chile</b>	José Alex Leiva-Caro Natalia Andrea Gutiérrez Parada María Priscila Vidal Reyes Carla María Ester Rivera Torres Carolina Luengo Martínez	30
<b>Habilidad de cuidado en estudiantes de enfermería de una universidad privada del sur de Chile</b>	Consuelo Valencia Aravena Jeritza Bascur Pettet Andrea Cáceres Córdova	43

## REVISIÓN

<b>Aplicación de modelos y teorías en unidades de cuidados críticos: una revisión de la literatura</b>	María Consuelo Ávila González Diógenes Felipe Mora Morales Flérida Rivera Rojas Paula Andrea Ceballos Vásquez	53
--	--	----

## REFLEXIÓN

<b>Instrumento basado en la Teoría de Modelos y Modelado de roles para valorar la capacidad de afrontar las prácticas clínicas de estudiantes de enfermería</b>	Francisca González-Adonis Camilo Guerrero-Nancuante Adrián Cataldo-Ponce Mariana Loézar-Hernández Lorena Bettancourt-Ortega	66
---	---	----

## CARTA AL EDITOR

<b>La realidad de las enfermedades raras en Chile: Ni tan raras ni tan poco frecuentes. Una problemática de salud pública que no podemos ignorar</b>	Fernanda Pérez Jorquera	78
--	-------------------------	----

# Enfermera especialista y enfermera de práctica avanzada: ¿roles distintos o complementarios?

## *Specialist nurse and nurse of advanced practice: different or complementary roles?*

### Autores:

**M. Consuelo Cerón Mackay.** Enfermera. Magíster en Psicología Educacional. Decana de la Facultad de Enfermería y Obstetricia, Universidad de los Andes, Chile. E-mail: maceronm@uandes.cl

**Paulina Milos Hurtado.** Enfermera, Abogada. Magíster en Derecho Público. E-mail: paulina.milos@gmail.com

**DOI:** <https://doi.org/10.22370/bre.41.2019.2300>.

Las especialidades en enfermería, tal como ha ocurrido con otras profesiones de la salud, surgen ligadas a los cambios históricos, socio-cultural, tecnológico y epidemiológico, en respuesta a las necesidades sociales, en particular las asociadas a la salud de las personas. En la actualidad, asistimos a una modalidad de división del trabajo o fragmentación de las profesiones que, en ciertas y determinadas áreas, demanda del profesional nuevos conocimientos y habilidades técnicas que, por lo general, implican estudios de postítulo.

En el caso de Chile, las especialidades de enfermería amparadas por las respectivas sociedades científicas y las universidades se han desarrollado, sin contar con una regulación expresa. De tal modo hoy las universidades, en virtud de la facultad de

otorgar títulos propios, ofrecen programas de especializaciones ligadas a las diferentes funciones de la profesión enfermera/o. Las que dada su adecuación a los requerimientos de las instituciones -públicas y privadas- de salud son valoradas e incorporadas al equipo profesional.

En paralelo, hace 10 años se introduce en el país, el concepto de Enfermería de Práctica Avanzada (EPA) y se inicia el ambicioso proyecto de implementar el primer programa formativo bajo la modalidad de un magíster profesionalizante con un fuerte componente clínico y dirigido a enfermeras de atención directa. De tal modo, en el año 2011, se inicia este programa con 6 alumnas. En concomitancia, en EE.UU. se cumplían más de 40 años de desarrollo de la EPA y las principales organizacio-

nes de enfermería trabajaban en el desarrollo de un modelo de consenso que permitiera establecer estándares nacionales sobre regulación, licencia, acreditación, certificación y educación de la EPA.

Mientras tanto, en España se vivía una fuerte crisis económica, con una importante escasez de médicos con el consiguiente impacto negativo en la salud de las personas. En este escenario, la enfermería española se preguntaba que convenía potenciar: la enfermera especialista (EE) o la EPA. El autor Galao Malo (1) incluso subtítulo una de sus publicaciones "Enfermería de práctica avanzada vs. Enfermera especialista", en ella indica que la principal diferencia entre ambos roles consiste en que mientras una EE debe poseer un conocimiento más profundo en un área específica, una EPA además debe contar con competencias y habilidades relacionadas con el trabajo que tradicionalmente han desarrollado los médicos. Por tanto, estos roles no serían sinónimos, apreciación que es coincidente con la literatura anglosajona, en la que los términos enfermera especialista (nurse specialist) y enfermera clínica especialista (clinical nurse specialist), se definen de manera diferente. De hecho, en los Estados Unidos, las "clinical nurse specialist" o CNS, están incluidas dentro de los roles de la EPA, mientras que una EE no queda comprendida en esta definición.

Por su parte, el autor español, Gómez (2), recientemente señala que, en su país, la presencia simultánea de EE y EPA ha generado confusión respecto a la definición y competencias de estos roles. Lo que ha llevado a una confrontación artificial entre EE y EPA. Esta confusión y ambigüedad, afirma, se encuentra presente, tanto entre las propias enfermeras, como en el resto de los profesionales de la salud, los administradores, gestores y en mayor medida en la comunidad en general. Según su opinión, el origen de la confusión involucra al

"qué" es decir al concepto de práctica avanzada; y al "cómo" relativo a la justificación y estructura operativa de su papel dentro de los servicios de salud en España. Sobre el "qué" agrega que es necesario un acuerdo internacional sobre la definición y lo que se entendería por EPA, responsabilidad que correspondería al Consejo Internacional Enfermería (CIE). En cuanto al "cómo", lo relevante sería que la EPA apunte a resolver los problemas de acceso y cobertura universal en salud y que no se presente como la solución a la escasez de médicos. A este escenario se suma el llamado que hace la Organización Panamericana de la Salud (OPS), de fortalecer la Atención Primaria de Salud con la EPA, instando a trabajar en la implementación de este rol en los países donde no existe.

Es justamente en estos países, como es el caso chileno, en donde naturalmente surgen las interrogantes sobre los aspectos comunes y diferenciadores entre la EPA y EE ¿Son roles distintos? ¿Reemplaza uno al otro? ¿Son contrarios o complementarios? A continuación, intentaremos responder a estas interrogantes.

### **DIFERENCIAS Y SIMILITUDES ENTRE LA EE Y LA EPA**

Para introducir el análisis, es necesario revisar como el CIE define ambos roles (3):

- a) la EE es "una enfermera preparada más allá del nivel de una generalista, y autorizada para trabajar como una especialista con experiencia en un campo específico de la enfermería".
- b) la EPA, en cambio, es "una enfermera profesional que ha adquirido la base de conocimiento de experto, las capacidades de adopción de decisiones complejas y las competencias clínicas necesarias para el ejercicio profesional ampliado cuyas características vienen dadas por el contexto o el país en el que la enfermera está acreditada para ejercer. Un título de máster es el recomenda-

do como nivel de entrada".

De estas definiciones se pueden extraer las diferencias y similitudes fundamentales entre la EE y la EPA. Ambos roles se basan en la formación generalista de pregrado en el ser y saber enfermera y exigen un cuerpo de conocimientos experto en un área específica. Sin embargo, la EPA demanda además, el desarrollo de competencias que apuntan a favorecer el diagnóstico, tratamiento y seguimiento de pacientes a través de la valoración, la fisiopatología y la farmacología avanzada, lo que en el modelo norteamericano se ha definido como las tres P por sus siglas en inglés (4). Asimismo, requiere la adquisición de competencias transversales, de evolución dinámica, tales como la relación terapéutica y abogacía, mentoría/consultoría, práctica basada en evidencia, liderazgo y comunicación efectiva, entre otras.

A modo de alcanzar una postura ecléctica a continuación revisaremos algunos tópicos referidos a la EE y a la EPA, y el estado actual de ambas calificaciones académicas, en Chile.

### **LAS SOCIEDADES CIENTÍFICAS EL PRIMER PASO HACIA LAS ESPECIALIDADES**

El avance del conocimiento científico-técnico, en especial en el ámbito biomédico de su quehacer, ha llevado a las enfermeras, por iniciativa propia o en el contexto de las sociedades médicas correlativas, a conformar comunidades científicas en torno a su función social, las que han derivado en corporaciones o asociaciones sin fines de lucro con personalidad jurídica conocidas como "sociedades científicas en enfermería". Estas sociedades concentran a las enfermeras en torno al desarrollo de un área específica, las que se autoorganizan, por lo general con alcance nacional. Con dicho fin, se reúnen periódicamente a compartir información científica actualizada, discutir casos y organizar

actividades académicas y de difusión. Las sociedades científicas, se constituyen así en un referente de la especialidad, tanto para la profesión como para los entes formadores y la autoridad sanitaria. Más aún, en el reconocimiento oficial de las especialidades, un elemento esencial es la existencia previa de una sociedad científica.

El Colegio de Enfermeras de Chile, a lo largo del tiempo, ha auspiciado el desarrollo de las sociedades, conservando éstas su autonomía, dando cuenta a la fecha de nueve sociedades científicas constituidas legalmente (5), sin desconocer la existencia de otras instancias que funcionan como agrupaciones profesionales vinculadas por un interés científico común.

### **LAS ESPECIALIDADES EN ENFERMERÍA**

La especialidad, como estudio de postítulo, es el proceso de formación que apunta a la actualización, profundización y perfeccionamiento de las competencias necesarias para el desempeño profesional en un ámbito determinado de la atención de enfermería. En Chile, hasta la fecha, no existe un reconocimiento oficial de las EE. No obstante, las universidades imparten especializaciones en respuesta a la necesidad de contar con enfermeras especializadas en determinadas áreas del conocimiento y la práctica clínica. La Asociación Chilena de Educación en Enfermería (ACHIEEN) a la fecha ha levantado información sobre 17 programas de especialización impartidos por diversas universidades, todas acreditadas (6).

### **EL DESAFÍO DE LA IMPLEMENTACIÓN DE LA EPA**

En nuestro país, la historia de la EPA es reciente y surge a partir del modelo de la CNS, dado que, en su momento, se estimó que esta modalidad era más adecuada para el sistema de salud chileno, centrado en la atención hospitalaria por sobre la atención primaria de salud (APS). Sin embargo, de

abordar la política pública de la OPS dirigida a fortalecer la APS implementando la EPA, será necesario desarrollar el rol de la nurse practitioner (NP) a nivel nacional. Esto sobre la base que las EPA han demostrado ser proveedores estratégicos para impulsar la APS de manera eficiente, segura y de calidad en países como Estados Unidos, Canadá y el Reino Unido. En tal sentido, una compilación de revisiones sistemáticas muestra que las enfermeras que trabajan en roles avanzados proporcionan al menos una calidad de atención equivalente en comparación con los médicos generales. Además, la evidencia sugiere que la atención brindada por la EPA reduciría los reingresos y lograrían una mayor satisfacción del paciente, especialmente en aquellos con afecciones crónicas (7-9).

Sin embargo, en el plano nacional la EPA es un concepto relativamente nuevo, aunque, en la práctica, existen enfermeras/os que han asumido roles avanzados para abordar las demandas de salud de la población, sin el respaldo de una formación sistemática y formal de su rol. Una tarea pendiente es estudiar la brecha que existe en educación, capacitación y regulación de este rol. Dentro de los desafíos que este proyecto demanda, ya se han alcanzado ciertos acuerdos, con el patrocinio de la ACHIEEN, como la definición de la EPA contextualizada a la realidad nacional y los requisitos del plan de estudios. El que comprende competencias de experto en un área determinada, competencias avanzadas y competencias transversales. La implementación de este rol ha adquirido notoriedad a partir de la incorporación de la EPA como estrategia para el fortalecimiento de la Enfermería, en el Plan Nacional del Cáncer.

## › Consideraciones finales

A modo de contribuir a la clarificación entre la EE y

la EPA, lo primero es destacar que se trata de roles distintos con competencias y ámbitos de acción diferentes, contruidos sobre la base de una formación general común correspondiente al grado de Licenciado en Enfermería y al Título profesional de Enfermera/o.

En el caso de la EE sus competencias son de conocimiento experto en un área específica y su enfoque es más acorde a la atención directa de pacientes hospitalizados, mientras que en el caso de la EPA su formación apunta al desarrollo de competencias de experta en un área determinada, competencias avanzadas conducentes a mejorar la oportunidad, calidad, seguridad y sostenibilidad de la atención en salud y competencias transversales como el liderazgo, comunicación efectiva, gestión del cambio, bioética y práctica basada en evidencia. Con todo Gómez advierte que es posible pensar en una EPA tanto en una especialidad como en un área no especializada, en aquellos casos donde existe escaso desarrollo y/o reconocimiento sistemático de las especialidades (2).

La incorporación de rol EPA en otros países, con diversos sistemas de salud, es actualmente una práctica validada por sus resultados y aporte a la optimización de la atención en salud. En Chile visualizamos que restan algunos desafíos que debieran ser abordados a nivel macro, meso y micro, esto es por parte de la autoridad sanitaria y de educación y del ámbito académico, clínico y gremial tanto para la EE como para la EPA.

En el caso de las especialistas, nos parece que es esencial consensuar estándares para la formación, acreditación de los programas de especialidad, la regulación y reconocimiento por parte del Ministerio de Salud, y por supuesto su certificación. En el caso de la EPA el mayor desafío es definir fundamentalmente su ámbito de acción e implementar el rol conforme al marco regulatorio de la salud y



las políticas públicas, específicamente en aquellas situaciones en que es urgente abordar problemas críticos de salud y mejorar el acceso y cobertura universal para todos y en todas partes.

Finalmente, y respondiendo a la pregunta del título de esta editorial, nos parece que la EE y la EPA son roles distintos que apuntan a resolver los problemas de salud desde distintas posiciones, con ámbitos de acción diferentes que pueden y deben trabajar de manera complementaria.

## ► Referencias bibliográficas

- Galao R. Enfermería de Práctica Avanzada en España: Ahora es el momento. *Index Enferm.* 2009 (oct-dic); 18 (4): 221-3.
- Gómez JP, Morales JM. Análisis crítico de la práctica avanzada de enfermería y de las especialidades enfermeras. *Enferm Clin.* 2019 (mar-abr); 29 (2):74-82.
- Bryant-Lukosius D, Martin-Misener R. Advanced Practice Nursing: An Essential Component of Country Level Human Resources for Health. [Internet]. En: World Health Organization, International Counselling Nursing Policy Brief. [acceso 19 oct 2019]. Disponible en: [https://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/ICN\\_PolicyBrief6AdvancedPracticeNursing.pdf](https://www.who.int/workforcealliance/knowledge/resources/ICN_PolicyBrief6AdvancedPracticeNursing.pdf)
- Tracy MF, O'Grady ET. Hamric and Hanson's Advanced Practice Nursing: An Integrative Approach. 6ta ed. Philadelphia (EE.UU): Elsevier; 2018. 696 p.
- Colegio de Enfermeras de Chile AG. Sociedades Científicas. [actualizado 11 mar 2016; acceso 16 oct 2019]. Disponible en: <https://colegiodeenfermeras.cl/contacto/>
- Osorio X. Situación actual de las especialidades de enfermería en Chile. En: Comisión de Especialidades, Asociación Chilena de Educación en Enfermería. Informe de trabajo. Reconocimiento legal de las especialidades de enfermería en Chile. [Documento interno]. 2018. p. 16-19.
- Maier C, Aiken L, Busse R. Nurses in advanced roles in primary care: Policy levers for implementation. Paris (Francia): OCDE Health working papers N°98. OCDE Publishing; 2017. Disponible en: <http://www.oecd.org/els/health-systems/health-working-papers.htm>
- Martin-Misener R, Harbman P, Donald F, Reid K, Kilpatrick K, Carter N, et al. Cost-effectiveness of nurse practitioners in ambulatory care: systematic review. *BMJ Open* [Internet] 2015 [acceso 19 oct 2019]; Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4466759/pdf/bmjopen-2014-007167.pdf>
- Laurant M, Van der Biezen M, Wijers N, Watananirun K, Kontopantelis E, Van Vught AJ. Nurses as substitutes for doctors in primary care. *Cochrane Database Syst Rev.* [Internet] 2018; [acceso 19 oct 2019]; Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD001271.pub3/full>

# Influencia de la religiosidad en las actitudes y el consumo de alcohol en adolescentes y jóvenes

## Autores:

**Francisco Rafael Guzmán Facundo.** Enfermero, Doctor en Enfermería. Universidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey. México. E-Mail: francisco.guzmanf@uanl.mx

**Viridiana Elizabeth Pérez Carrillo.** Enfermera, Maestra en Ciencia de Enfermería. Universidad Autónoma de Zacatecas. Zacatecas. México. E-Mail: viripcz@hotmail.com

**Lucio Rodríguez Aguilar.** Enfermero, Doctor en Bioética. Universidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey. México. E-Mail: lucio.rodriqueza@uanl.mx

**Amalia Mejía Martínez.** Enfermera, Maestra en Ciencia de Enfermería. Universidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey. México. E-Mail: amy.mema89@gmail.com

**Josefina Sarai Candia Arredondo.** Enfermera, Doctora en Ciencias de Enfermería. Universidad Autónoma de Nuevo León. Monterrey. México. E-Mail: joy.sc\_@hotmail.com

**Fecha de Recepción:** 17.10.2019

**Fecha Aceptación:** 21.12.2019

**DOI:** <https://doi.org/10.22370/bre.41.2019.2301>

## › Resumen

**Introducción.** El propósito del estudio fue analizar la influencia de la religiosidad y las actitudes en el consumo de alcohol en adolescentes y jóvenes de bachiller. **Material y método.** Estudio cuantitativo, transversal, correlacional y predictivo. Muestra estratificada de 243 adolescentes y jóvenes, los instrumentos utilizados fueron; Escala de Actitudes y Hábitos de Consumo de Alcohol, Inventario de Religiosidad y Cuestionario de Identificación de los Trastornos por el Consumo de Alcohol (AUDIT). Los datos fueron procesados en SPSS versión 20.0. Se utilizaron pruebas no paramétricas, y modelos de regresión logística binaria. **Resultados.** Se identificó que 51,4 % (IC 95% /45-,57) de los jóvenes han consumido alcohol en el último año, 24,2% (IC 95% /,18-,29) reportó consumo excesivo, se mostraron efectos predictivos de la religiosidad ( $\beta = -.028$ ,  $p < .001$ ) y las actitudes negativas del alcohol ( $\beta = -.064$ ,  $p < .001$ ) sobre el consumo de alcohol en los adolescentes y jóvenes. **Conclusión.** La religiosidad y las actitudes negativas sobre el alcohol influye negativamente en el consumo de alcohol. Considerar las necesidades religiosas cuando se plantea la prevención y el cuidado en adolescentes y jóvenes es importante, ya que las creencias y las expectativas de la vivencia de lo religioso tienen efectos sobre el bienestar físico y estilos de vida saludables.

› **Palabras claves:** Religión, adolescente, actitud, consumo de bebidas alcohólicas (DeCS).

# Influence of religiosity in the attitudes and consumption of alcohol in adolescents and young people

## › Abstract

**Introduction.** The purpose of the study was to analyze the influence of religiosity and attitudes on alcohol consumption in high school students. **Material and method.** Quantitative, cross-sectional and correlational study and predictive. Stratified sample of 243 teenagers and youth, the instruments used were; Scale of Attitudes and Habits of Alcohol Consumption, Inventory of Religiosity and Questionnaire for the Identification of Alcohol Consumption Disorders (AUDIT). The data was processed in SPSS version 20.0. Non-parametric tests and binary logistic regression models were used. **Results.** It was identified that 51,4% (95% CI/ ,45-,57) of young people have consumed alcohol in the last year, 24,2% (95% CI/ ,18-,29) reported excessive consumption, predictive effects of religiosity ( $\beta = -,028$ ,  $p <,001$ ) and the negative attitudes of alcohol ( $\beta = -,064$ ,  $p <,001$ ) on alcohol consumption in adolescents and young people. **Conclusion.** Religiosity and negative attitudes about alcohol negatively influence alcohol consumption. Considering religious needs when considering prevention and care in adolescents and young people is important, since the beliefs and expectations of the experience of the religious have effects on physical well-being and healthy lifestyles.

› **Keywords:** Religion, adolescent, attitude, alcohol drinking (DeCS).

## › Introducción

Los problemas relacionados con el alcohol entre jóvenes y adolescentes resultan del consumo excesivo, es decir, beber en grandes cantidades, en poco tiempo o con demasiada frecuencia, este tipo de consumo se encuentra entre los problemas de salud pública más importantes internacionalmente (1). Por ejemplo, a nivel mundial causa 3,3 millones de defunciones al año, con una mortalidad en el grupo etario de 20 a 39 años de 25% (2).

A pesar de las consecuencias que provoca el consumo de bebidas alcohólicas, es común que adolescentes y jóvenes ingiera grandes cantidades de alcohol por ocasión (3), en México se reportan estudios en adolescentes y jóvenes donde se observan prevalencias de consumo excesivo que van desde un 9% al 39% (4-7). Esta situación refleja la necesidad de abordar el fenómeno del consumo de excesivo de bebidas alcohólicas y exhortar en tomar medidas preventivas dirigidas a esta población.

Los estudios en población adolescente indican que esta conducta está relacionada con diversos factores como lo son: la desinformación, las creencias de una baja percepción de riesgos, la presión grupal de los amigos consumidores, la creencia sobre la búsqueda de sensaciones como la euforia, la curiosidad y la desinhibición (8-10). Una perspectiva teórica que ha permitido explicar el consumo de bebidas alcohólicas en diferentes poblaciones bajo la influencia de las creencias, es la Teoría de la Conducta Planeada (11), donde un concepto que se desprende es la actitud, que se forma a partir del conjunto de creencias sobre las consecuencias que provoca el consumo de alcohol y el valor afectivo que le da el sujeto a estas consecuencias. Es decir, si un adolescente muestra una actitud donde resalte los efectos negativos del consumo de alcohol mostrará mayor probabilidad de no consumirlo.

Sin embargo, poco se conoce de factores que pueden contribuir a las actitudes conductuales, recientemente se reconoce que existen factores personales y sociales que pueden influir en las creencias de las conductas, un factor social que puede contribuir a explicar la relación de las actitudes con el consumo de alcohol es la religiosidad (12). Es decir la religiosidad puede influir indirectamente en el consumo de alcohol por sus efectos en las actitudes.

La religiosidad es una variable que se ha asociado con la reducción de conductas riesgosas (13), estudios reportan que hay evidencia que muestran su asociación con un menor consumo de alcohol por parte de adolescentes y jóvenes (14-17), identificando que los adolescentes que reportaron una mayor importancia religiosa tuvieron un menor consumo de alcohol que aquellos que manifestaron mayor asistencia a la iglesia. Sin embargo, no se han localizado estudios recientes en adolescentes y jóvenes de México sobre el efecto en la disminución del consumo de alcohol, esto es potencialmente problemático debido a la crisis sobre las creencias religiosas y panorama cambiante de la religión en México actualmente.

Por lo anterior se considera de gran relevancia estudiar si la religiosidad y las actitudes ante el consumo de alcohol influyen en el consumo en jóvenes y adolescentes, los resultados de este estudio podrán aportar conocimiento científico de enfermería y áreas afines, principalmente en la línea de prevención de consumo de alcohol. En un futuro el conocimiento del presente estudio podrá servir como base para el diseño de programas preventivos que reduzcan el consumo de alcohol en jóvenes y adolescentes. Basado en lo expuesto, el objetivo del presente estudio fue analizar la influencia de la religiosidad y las actitudes en el consumo de alcohol.

## › Material y Método

Estudio cuantitativo con diseño descriptivo y correlacional (18). La población estuvo conformada por 1164 adolescentes y jóvenes de un Colegio de Educación Profesional Técnica del Norte de México, el tipo de muestreo fue estratificado por grado escolar con asignación proporcional. La muestra se calculó a través de Software N Queriy Advisor V4 considerando un tamaño del efecto de 0,30, un 95% de confianza, una potencia del 90%, se consideró un 5% de tasa de no respuesta, dando como resultado un tamaño de la muestra de 243 participantes (104 de primer grado, 80 de segundo grado y 59 de tercer grado).

Las variables que integran este estudio fueron medidas a través de una Cédula de Datos Personales constituida por nueve preguntas que describen los datos de identificación, como edad, sexo, estado civil, grado escolar, si trabaja, práctica alguna religión y cuál es la religión que practica.

Además, se utilizaron tres instrumentos el primero fue la Escala de Actitudes y Hábitos de Consumo de Alcohol (19), el que consta de 56 ítems (con un valor de Alpha de Cronbach de 0,81) que se divide en cinco subescalas de tipo Likert con 5 opciones de respuesta que va desde muy de acuerdo a muy en desacuerdo. Se determinaron los índices con valor de 0 a 100, su interpretación es a mayor puntuación mayor son las actitudes negativas al consumo de alcohol.

El otro instrumento fue el Inventario de Religiosidad, fue validado por Taunay y colaboradores (20), se observó una consistencia interna adecuada con un valor de Alpha de Cronbach de 0,96. Consta de 10 ítems con escala tipo Likert y 5 opciones de respuesta que van desde: Nunca / nada a Siempre / extremadamente. La escala se transformó a índices indicando que a mayor puntuación mayor religiosidad.

Finalmente se aplicó el Cuestionario de Identificación de los Trastornos por el Consumo de Alcohol (21), tiene como objetivo la detección temprana de personas con problemas de alcohol. Consta de 10 ítems, agrupados en 3 dominios; consumo sensato, dependiente y consumo dañino de alcohol. Todos los reactivos cuentan con una serie de respuestas a seleccionar y una escala de puntuación de cero a cuatro, la escala total tiene una puntuación mínima de 0 y máxima de 40. Una interpretación más detallada es la siguiente: la puntuación igual o mayor a 1 en la pregunta 2 o 3 indica un consumo de riesgo. Una puntuación mayor a cero de las preguntas 4 a la 6 indica la presencia o inicio de dependencia de alcohol. La puntuación mayor a cero en los reactivos del 7 al 10, indica la experimentación de daños relacionados con el alcohol.

El presente estudio contó con el dictamen favorable de las Comisiones de Ética e Investigación de las instituciones participantes. Se estratificó a la población según el año escolar, posteriormente se realizó la selección aleatoria de los sujetos de cada estrato. Una vez identificados los alumnos se les invitó a participar y se procedió a la entrega del consentimiento informado. Los jóvenes seleccionados que decidieron participar en el estudio fueron llevados a un espacio adecuado donde se procedió a la aplicación de los instrumentos, buscando así interferir lo menos posible en las actividades escolares, antes de iniciar la aplicación de los instrumentos se explicó los objetivos de la investigación, la importancia de su participación y se puntualizó que los instrumentos serían anónimos, protegiendo así la privacidad del individuo.

Al terminar de responder los instrumentos se pidió a los jóvenes colocar el instrumento en un sobre sellado y depositándolo en un contenedor en presencia del joven, de esta forma se cuidó el

anonimato, por último se agradeció a los alumnos su participación en el estudio. Los instrumentos fueron resguardados por el autor principal y serán destruidos al cabo de un año.

Para analizar los datos del estudio se utilizó el paquete estadístico Statistical Package of Social Sciences (SPSS), versión 20. Se utilizó la estadística descriptiva y estadística inferencial, se aplicará la prueba de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors para conocer la distribución de las variables de estudio, en base a estos resultados se decidió la aplicación de la estadística inferencial no paramétrica por medio del Coeficiente de Correlación de Spearman y Modelos de Regresión Logística.

## › Resultados

De acuerdo con datos demográficos de los participantes se observa que el sexo masculino ocupa el mayor porcentaje (77,8%), el 94,7% de los participantes son solteros, en relación al grado escolar el 42,8% se encuentra cursando el primer semestre de bachillerato y solo el 19,3% trabaja. La media de edad fue de 16,19 años (DE=1,07). El 66,7% de los jóvenes refirió practicar alguna religión, además

se observa que el mayor porcentaje de ellos son católicos (81,0%), en relación a la última ocasión que asistió a un evento religioso se muestra que el 30,5% acudió entre la última semana a un mes y que la misa dominical es el evento al que más asisten (44%).

De acuerdo con las actitudes ante el consumo de alcohol de los participantes, los resultados destacan que las actitudes ante el consumo de alcohol en las que más están en desacuerdo los jóvenes y adolescentes son creer: que el alcoholismo no tiene cura (58,0%), que el alcohol en pequeñas cantidades es perjudicial (27,0%), que el abuso de alcohol produce infelicidad a largo plazo (23,4%) y que existe relación entre fumar, tomar alcohol y el consumo de drogas ilegales (22,2%).

Se identificó que 51,4 % (IC 95% / 0,45-0,57) de los jóvenes han consumido alcohol en el último año, cabe mencionar que 24,2% (IC 95% / 0,18-0,29) reportó consumo excesivo, es decir, consumen más de 5 bebidas alcohólicas por ocasión. En relación con los tipos de consumo se observa que el 20,2% de los participantes tiene un consumo sensato, 26,7% consumo dependiente y el 23,4% ha presentado consumo perjudicial de alcohol.

**TABLA 1.** PRUEBA DE NORMALIDAD PARA LAS VARIABLES EN ESTUDIO

Variable	$\bar{X}$	Mdn	DE	Valor Mínimo	Valor Máximo	D	p
Edad	16.19	16	1.07	14	20	.196	.000
Índice de IR	56.57	60.0	24.32	0	100	.078	.001
Índice de ACA	68.41	70.0	13.27	31.27	100	.093	.000
AUDIT	5.93	4	5.35	1	30	.178	.000

*Nota:* IR = Inventario de Religiosidad; ACA = Escala de Actitudes y Hábitos de Consumo de Alcohol; AUDIT = Cuestionario de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol.

En la tabla 1 muestra los resultados de la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov con corrección de Lilliefors, se puede observar que las va-

riables del estudio no presentaron normalidad ( $p < 0,05$ ), por lo que se decidió utilizar la estadística no paramétrica.

**TABLA 2.** CORRELACIÓN ENTRE LAS VARIABLES DEL ESTUDIO

Variables	1	2	3
Religiosidad (IR [n=243])	1		
Actitudes (ACA[n=243])	0,158*	1	
Consumo de alcohol (AUDIT [n=125])	0,075	-0,311**	1

Nota: IR = Inventario de Religiosidad; EAHCA = Escala de Actitudes y Hábitos de Consumo de Alcohol; AUDIT = Cuestionario de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol.

\* p < 0,05 \*\*p < 0,01

En la tabla 2 se observan los resultados del Coeficiente de Correlación de Spearman, muestran relación positiva y significativa entre el índice de religiosidad y el índice de actitudes, es decir, que a mayor religiosidad mayor son las actitudes negativas para

el consumo de alcohol. Por otro lado se muestra una relación negativa y significativa entre las actitudes y el consumo de alcohol, es decir, que a mayor actitud negativa para el consumo de alcohol menor es el consumo de alcohol en adolescentes.

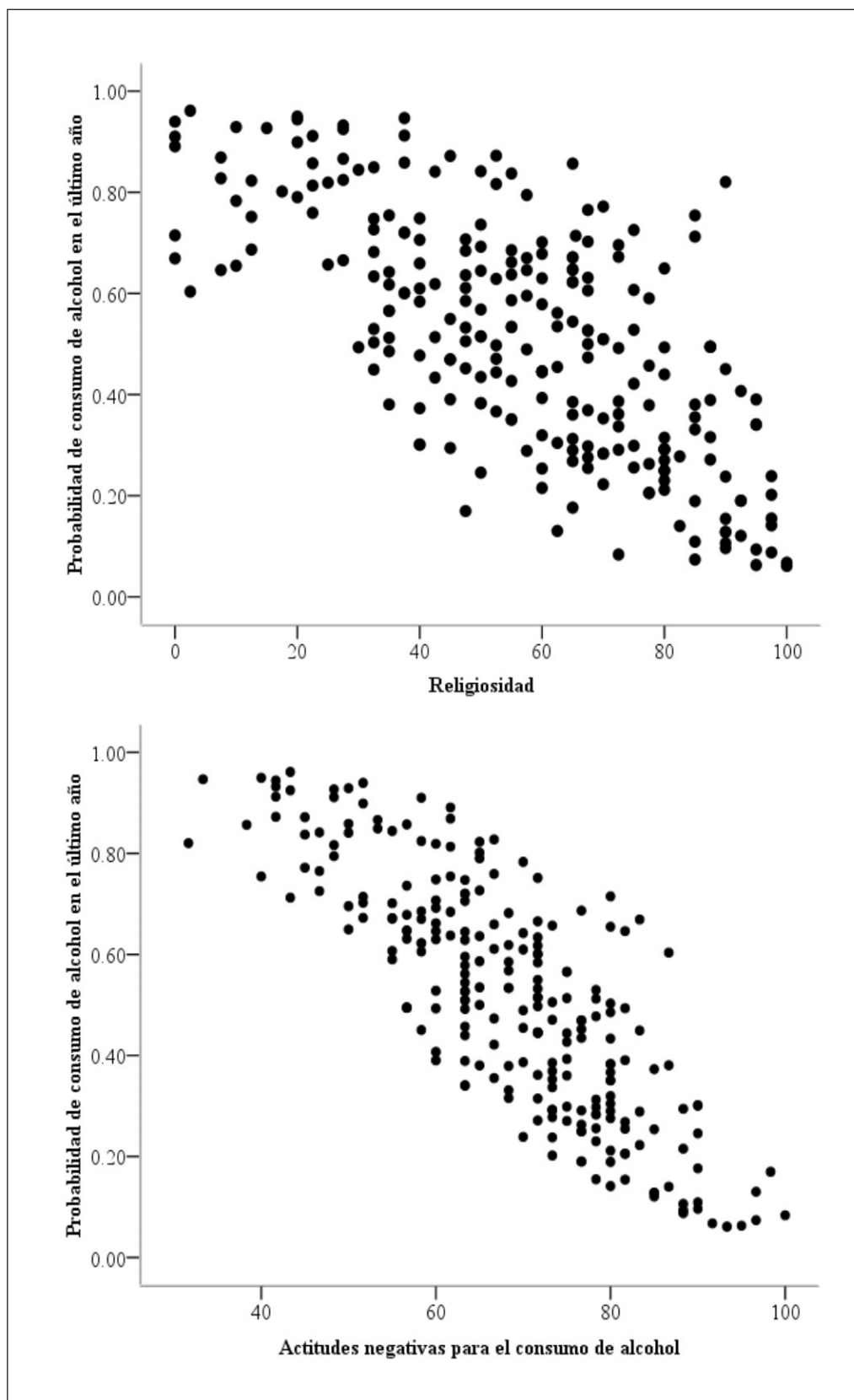
**TABLA 3.** MODELO DE REGRESIÓN LOGÍSTICA BINARIA DE RELIGIOSIDAD Y ACTITUDES NEGATIVAS DE CONSUMO SOBRE EL CONSUMO DE ALCOHOL EN EL ÚLTIMO AÑO

Variables	$\beta$	EE	Wald	gl	OR	Valor p	IC 95% para OR	
							LI	LS
Religiosidad	-.028	.007	18.03	1	.981	.001	.96	.99
Actitudes negativas	-.064	.013	25.82	1	.938	.001	.91	.96
Constante	6.07	.987	37.83					
Modelo 1	$\chi^2=57.69$ , gl=2, $R^2=28\%$ , p<.001							

Nota:  $\beta$  = beta, EE= Error estándar, gl= Grados de libertad, OR=Razón de probabilidad, p= Probabilidad, IC=Intervalo de confianza, LI=Límite inferior, LS=Límite superior,  $R^2$ = Coeficiente de determinación.

Los resultados de la tabla 3 muestran efectos negativos significativos de la religiosidad y actitudes negativas sobre el consumo de alcohol con una varianza explicada de 28%. En la figura 1 se muestran de forma gráfica los efectos negativos de la reli-

giosidad y las actitudes negativas en el consumo de alcohol, indicando que a mayor religiosidad y a mayor actitudes negativas sobre el consumo de alcohol menor será la probabilidad del consumo de alcohol en adolescentes y jóvenes.

**FIGURA 1. EFECTOS DE RELIGIOSIDAD Y ACTITUDES NEGATIVAS SOBRE EL CONSUMO DE ALCOHOL**



## › **Discusión**

El presente estudio permitió explicar empíricamente la relación entre los conceptos de religiosidad y actitud frente al consumo de alcohol y el consumo de alcohol en jóvenes y adolescentes de norte de México. En relación con la práctica de la religión se observó que dos tercios de los participantes refirieron practicar alguna, se destacó que la religión católica fue la más prevalente, lo cual coincide con lo reportado en estudios internacionales (14, 22). Cabe destacar que en México la religión de mayor cobertura es la católica y las prácticas no siempre están centradas alrededor de la asistencia a la iglesia o en la participación directa en actividades que la iglesia promueve, en este sentido el estudio reportó que sólo el 44% de los jóvenes asisten a iglesias. Estos datos muestran que los jóvenes pueden tener creencias que se vinculan poco con las actividades que la religión determina.

Respecto a las actitudes ante el consumo de alcohol, los jóvenes y adolescentes están en desacuerdo y muy en desacuerdo con más frecuencia en: creer que el alcoholismo no tiene cura, que el alcohol en pequeñas cantidades es perjudicial, que el abuso de alcohol produce infelicidad a largo plazo. El hecho que los jóvenes posean estas creencias favorece que se tenga una actitud con tendencia al consumo de alcohol, es decir, parece que se tiene una menor percepción del daño por el consumo producido por esta sustancia. El tener mayores creencias distorsionadas y una mayor intención de consumir pudiera influir en el consumo de alcohol (9). En base a estos resultados, se puede observar que las creencias más frecuentes entre los adolescentes provienen de la información que reciben a partir de la experiencia vicaria, posiblemente de los medios de comunicación o fuentes más directas como la familia o amigos, dicha información es aceptada como propia y real, la cual es considera-

da en la creación de la conducta (11).

Las bebidas alcohólicas son las sustancias psicotrópicas más utilizadas por los adolescentes, a pesar que el consumo de bebidas alcohólicas es ilegal en los jóvenes menores de 18 años sigue incrementándose, reflejando así la disponibilidad que esta población tiene para el consumo y el deficiente control legal sobre el comercio y distribución de estas bebidas, además éstas pueden encontrarse disponibles en sus hogares facilitando así el consumo de alcohol en esta población. Se explica que el alcohol en el adolescente es un ritual importante de sociabilidad, así como un momento agradable, lo que pueda llevar a altas prevalencias de consumo.

En este estudio, la prevalencia de consumo de alcohol fue de 51,4 %, 24,2% reportó consumo excesivo y 26,7% ha presentado algún síntoma de consumo dependiente, estos resultados son ligeramente superiores lo que se reporta en estudios realizados en México. Situación que permite reflexionar sobre la necesidad de abordar el fenómeno del consumo de excesivo de bebidas alcohólicas y exhortar en tomar medidas preventivas dirigidas a esta población, ya que estudios muestran que el consumo excesivo de alcohol es un comportamiento de riesgo no solo debido a la posibilidad de intoxicación y muerte, sino también debido a su asociación con tasas más altas de accidentes de tránsito, bajo rendimiento escolar y mayor posibilidad de dependencia en la edad adulta (4-7).

Se mostró relación positiva y significativa entre el índice de religiosidad y el índice de actitudes, es decir que la religiosidad influye en las creencias que los adolescentes tienen sobre el consumo de bebidas alcohólicas, destacando que los adolescentes con altos índices de religiosidad presentan más actitudes negativas hacia el consumo de alcohol. Ajzen (12) recientemente reconoce en su

teoría de la conducta planeada que existen factores sociales que pueden influir en las actitudes tal como la religiosidad. En este sentido se puede explicar ya que la mayoría de las religiones prohíben expresamente comportamientos que se consideran no saludables como el consumo de alcohol, y esto puede influir en las creencias negativas que provocan las bebidas alcohólicas.

Finalmente se observó efecto protector de la religiosidad y de las actitudes negativas del consumo de alcohol sobre el consumo de alcohol en los adolescentes y jóvenes. Es decir, que a mayor religiosidad y mayores actitudes negativas, menor será el consumo de alcohol en los adolescentes. De esta forma la religiosidad pudiera entenderse como un factor protector hacia el consumo de alcohol entre los jóvenes y adolescentes no consumidores, ya que la religiosidad pudiera ser un elemento clave en la realización de conductas saludables entre este grupo poblacional (14, 15, 20, 22, 23), sin embargo el valor que se le atribuye a la religiosidad puede variar dependiendo de la cultura, la religión a la que se encuentre afiliado y la práctica de la misma.

Es posible que los consumidores de alcohol vean como algo limitante las creencias religiosas con sus actividades juveniles, algunos jóvenes tienen la sensación de que vivir de acuerdo con sus creencias religiosas les llevaría a no disfrutar de la vida, por lo que procuran hacer adaptativas sus creencias religiosas con sus actividades de disfrute, formación o pensamiento. En este sentido, es posible que los jóvenes consumidores puedan poner en segundo término las creencias religiosas respecto a las actividades de ocio donde se incluye el consumo de bebidas alcohólicas.

En lo que respecta a las actitudes y el consumo de alcohol, se observó relación significativa entre estas variables, es decir que los jóvenes que mos-

traron actitudes ante el consumo más positivas tuvieron un mayor consumo, lo cual coincide con estudios previos (10, 24). De esta forma se pudo observar que los jóvenes dan un valor mayor a las creencias favorables hacia el consumo de alcohol, lo cual potencia la actitud de consumo (11), esto pudiera deberse a que los factores sociales ejercen un tipo de presión entre los adolescentes y los empujan a beber con el fin de sentir pertenencia a un grupo social y al pretender socializar no se percatan que el uso o abuso de esta sustancia les puede resultar dañino.

En general, los estudios muestran una relación significativa entre religiosidad y estilo de vida en adolescentes (20, 22,23), con lo cual se puede decir que la religiosidad regula el estilo de vida. La mayoría de las religiones prohíben comportamientos considerados no saludables como el consumo de alcohol o cigarrillos, asimismo, parece que el apoyo social que reciben las personas que se involucran en prácticas religiosas se relaciona con un estilo de vida más saludable que se observa en algunos adolescentes con una alta vinculación a una creencia religiosa (23).

Para el personal de enfermería es importante considerar las necesidades religiosas cuando se plantea la prevención y el cuidado en adolescentes y jóvenes, ya que las creencias y las expectativas relacionadas con la vivencia de lo religioso de una persona pueden tener efectos sobre el bienestar físico y estilos de vida saludables. La satisfacción de las necesidades religiosas de los adolescentes puede suponer que los profesionales de la enfermería muestren un interés genuino y respeto por las creencias religiosas, que a su vez posibilite y facilite el recibimiento de ayuda, lo que permitiría el establecimiento de relaciones significativas entre las personas que brindan y las que reciben cuidados preventivos sobre adicciones.

## › Conclusiones

La tasa de prevalencia de consumo de alcohol fue de 51,4 %, 24,2% reportó consumo excesivo y 26,7% presentó algún síntoma de consumo dependiente. Se mostró relación positiva y significativa entre el índice de religiosidad y el índice de actitudes de consumo. Se observó efecto protector de la religiosidad y de las actitudes negativas del consumo de alcohol sobre el consumo de alcohol en los adolescentes y jóvenes. Es decir que a mayor religiosidad y mayores actitudes negativas será menor el consumo de alcohol en los adolescentes. Es importante considerar las necesidades religiosas cuando se plantea la prevención y el cuidado en adolescentes y jóvenes, ya que las creencias y las expectativas relacionadas con la vivencia de lo religioso de una persona tienen efectos sobre el bienestar físico y estilos de vida saludables.

## › Referencias

1. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism (NIAA). Alcohol Facts and Statistics [en línea] NIAA; 2018 [acceso 24 ene 2019]. Disponible en: <https://pubs.niaaa.nih.gov/publications/AlcoholFacts&Stats/AlcoholFacts&Stats.pdf>
2. Organización Mundial de la Salud (OMS). Alcohol [en línea] OMS; 2018. [acceso 24 ene 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>
3. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, Instituto Nacional de Salud Pública, Comisión Nacional Contra las Adicciones (CNCA), Secretaría de Salud. Encuesta Nacional de Consumo de Drogas, Alcohol y Tabaco 2016-2017: Reporte de Alcohol [en línea] CNCA; 2017. [acceso 12 dic 2018]. Disponible en: <https://www.gob.mx/salud%7Cconadic/acciones-y-programas/encuesta-nacional-de-consumo-de-drogas-alcohol-y-ta>

baco-encodat-2016-2017-136758

4. Barradas M, Fernández N, Gutiérrez S. Prevalencia de consumo de alcohol en estudiantes universitarios. *Rev iberoam investig desarro educ RIDE*. 2016; 6(12): 491-504.
5. Puig-Nolasco A, Cortaza-Ramirez L, Cristina Pillon S. Consumo de alcohol entre estudiantes mexicanos de medicina. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2011; 19(spe): 714-21.
6. Santes A, Enríquez J, Elías M. Prevalencia y factores asociados al consumo de alcohol en los estudiantes de medicina de primer y quinto semestre del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara. *Revista Médica MD*. 2013; 4(1): 22-6.
7. Moysén A, VillavecesM, Balcázar P, Gurrola G, Garay J, De la luz Esteban J, et al. Consumo de alcohol y estrategias de afrontamiento en alumnos universitarios estudio empírico. *Avances en psicología*. 2014; 22(2): 215-20.
8. Gutiérrez M, Romero I. Resiliencia, bienestar subjetivo y actitudes de los adolescentes hacia el consumo de drogas en Angola. *An psicol*. [en línea]. 2014 [acceso 21 mar 2019]; 30(2): 608-19. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0212-97282014000200024&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282014000200024&lng=es). <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.2.148131>.
9. Guzmán FR, García BA, Rodríguez L, Alonso MM. Actitud, norma subjetiva y control conductual como predictores del consumo de drogas en jóvenes de zona marginal del norte de México. *Frontera norte*. 2014; 26(51): 53-74.
10. White B X, Chan MS, Repetto A, Gratale S, Cappella JN, Albarracín D. The Role of Attitudes in the Use of Tobacco, Alcohol, and Cannabis. En: Albarracín D, Johnson MP. *Handbook of Attitudes: Applications*. [en línea]. 2018. [acceso 21 mar

- 2019]. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/325114591\\_The\\_Role\\_of\\_Attitudes\\_in\\_the\\_Use\\_of\\_Tobacco\\_Alcohol\\_and\\_Cannabis\\_In\\_Albaracin\\_Johnson\\_Eds\\_Handbook\\_of\\_Attitudes\\_Applications](https://www.researchgate.net/publication/325114591_The_Role_of_Attitudes_in_the_Use_of_Tobacco_Alcohol_and_Cannabis_In_Albaracin_Johnson_Eds_Handbook_of_Attitudes_Applications)
11. Ajzen I. The theory of planned behavior. *Organ Behav Hum Decis Process*. 1991; 50(2): 179-211.
  12. Ajzen I. Theory of planned behavior with background factors [en línea]. Icek Ajzen; 2019 [actualizado 2019; acceso 29 jul 2019]. Disponible en: <https://people.umass.edu/aizen/tpb.background.html>
  13. Foster DW, Young CM, Bryan JL, Quist MC. Compounding risk: An examination of associations between spirituality/religiosity, drinking motives, and alcohol-related ambivalence among heavy drinking young adults. *Addict Behav*. 2016; 63:1-11.
  14. Isralowitz R, Reznik A, Sarid O, Dagan A, Grinstein-Cohen O, Wishkerman VY. Religiosity as a substance use protective factor among female college students. *J Relig Health*. 2018; 57 (4):1451-7.
  15. Burke A, Van Olphen J, Eliason M, Howell R, Gonzalez A. Re-examining religiosity as a protective factor: Comparing alcohol use by self-identified religious, spiritual, and secular college students. *J Relig Health*. 2014; 53(2): 305-16.
  16. Sukhwal M, Suman LN. Spirituality, religiosity and alcohol related beliefs among college students. *Asian J Psychiatr*. 2013; 6(1): 66-70.
  17. Marsiglia FF, Ayers SL, Hoffman S. Religiosity and adolescent substance use in Central Mexico: Exploring the influence of internal and external religiosity on cigarette and alcohol use. *Am J Community Psychol*. 2012; 49(1-2): 87-97.
  18. Burns N, Grove SK. The practice of nursing research: appraisal, synthesis and generation of evidence. 6ta ed. Missouri: Saunders; 2009. 768 p.
  19. Moral MV, Rodríguez FJ, Sirvent RC. Factores relacionados con las actitudes hacia el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas. *Psicothema*. 2006; 18(1): 52-8.
  20. Taunay TC, Cristino ED, Machado MO, Rola FH, Lima JWO, Macdo DS, et al. Development and validation of the Intrinsic Religiosity Inventory (IRI). *Rev Bras Psiquiatr*. 2012; 34(1): 76-81.
  21. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders J, Monteiro M. AUDIT. Cuestionario de identificación de los trastornos debido al consumo de alcohol [en línea]. Washington D.C: OMS; 2001 [acceso 24 ene 2019]. 40 p Disponible en: [http://www.who.int/substance\\_abuse/activities/en/AUDIT-manualSpanish.pdf](http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/AUDIT-manualSpanish.pdf)
  22. Bezerra J, Barros MVG, Tenório MCM, Tassitano RM, Barros SSH, Hallal PC. Religiosidade, consumo de bebidas alcohólicas e tabagismo em adolescentes. *Rev Panam Salud Publica*. 2009;26(5):440-6.
  23. Gomez Bustamante EM, Cogolo-Milanés Z. Asociación entre religiosidad y estilo de vida en adolescentes. *Rev Fac Med*. [en línea] 2015 [acceso 5 agosto 2019]; 63 (2): 193-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15446/revfacmed.v63n2.49289>.
  24. Guzmán FR, Vargas JI, Candia JS, Rodríguez L, López KS. Influencia de la presión de pares y facebook en actitudes favorecedoras al consumo de drogas ilícitas en jóvenes universitarios mexicanos. *Health and Addictions*. 2019; 19(1): 22-30.

# Percepción de la importancia de las necesidades de los familiares de pacientes en una UCI

## Autores:

**Jasna Marlene Castillo Villablanca.** Enfermera, Magister en Practica Avanzada. Enfermera Unidad de Paciente Crítico Clínica Bio Bio Concepción, Chile. E- Mail: jasnacasvilla@gmail.com.

**Zita Elena Lagos Sánchez.** Enfermera-Matrona, Doctora de Ciencias. Facultad de Enfermería Universidad de los Andes, Santiago, Chile. E-Mail: zlagos@uandes.cl

*\*Trabajo derivado de Proyecto de Grado de Magíster.*

**Fecha de Recepción:** 26.08.2019

**Fecha Aceptación:** 01.10.2019

**DOI:** <https://doi.org/10.22370/bre.41.2019.2302>.

## › Resumen

**Introducción.** La familia del paciente hospitalizado en una unidad de cuidados intensivos experimenta un grupo único de necesidades; conocer su importancia y estrategias para satisfacerlas puede mejorar los resultados en los pacientes y acompañantes. El objetivo es identificar la percepción de importancia y satisfacción de necesidades de los familiares de pacientes de una unidad de cuidados intensivos. **Materiales y Métodos.** Estudio descriptivo donde se administró el instrumento validado en Chile, Critical Care Family Needs Inventory a 37 familiares en un hospital universitario. Este instrumento mide 5 dimensiones asociadas a las necesidades de los familiares de pacientes hospitalizados en una UCI tiene un Alpha de Cronbach de 0,93. Se realizó estadística descriptiva, test Mann-Whitney y Kruskal Wallis. **Resultados.** Las necesidades más importantes percibidas por los familiares pertenecieron a la dimensión “seguridad” y las menos importantes a la dimensión “apoyo”. La dimensión más satisfecha fue “seguridad” y la menos satisfecha “comodidad”. En las dimensiones “apoyo” y “proximidad” se encontraron diferencias en la priorización de necesidades según sexo. **Conclusión.** La priorización de las necesidades familiares coincide con la literatura analizada. Conocer las necesidades familiares permitiría construir un modelo de atención centrado en el paciente y la familia.

› **Palabras claves:** cuidados intensivos, familia, evaluación de necesidades, satisfacción del paciente, atención de enfermería (DeCS Bireme)

# Perception of the importance of the needs of the patient's relatives in an ICU

## › Abstract

**Introduction.** The family of a patient hospitalized in an Intensive Care Unit (ICU), undergoes a particular set of needs, to determine their importance and strategies to satisfy them could improve outcomes for patients and their families. The objective is identifying the perception of the importance and satisfaction of the needs of the patient's relatives in an intensive care unit. **Material and Method.** Descriptive study where it was applied the validated instrument in Chile, Critical Care Family Needs Inventory to 37 relatives in an academic hospital. This instrument measures 5 dimensions associated with the needs of the patient's relatives hospitalized in an ICU. It has a Cronbach Alpha of 0.93. Descriptive statistic, Mann – Whitney and Kruskal Wallis test were realized. **Results.** The most important needs perceived by family members belonged to the dimension "security" and less important to the dimension "support". The dimension more satisfied was "security" and less satisfied "comfort". In the dimensions "support" and "proximity" differences were found in the prioritization of needs according to gender. **Conclusion.** The prioritization of family needs is coincident with the analyzed literature.

› **Keywords:** Critical care, family, needs, satisfaction, perception (DeCS Bireme).

## › Introducción

El ingreso a una Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) genera impacto tanto en el paciente como en su entorno familiar (1,2) siendo una situación inesperada y estresante (3) que puede tener efectos negativos en la vida de los miembros de la familia ya que tienen poco tiempo para adaptarse a la situación (4). La incertidumbre en las primeras horas y la priorización que se realiza, centrándose exclusivamente en las necesidades vitales del enfermo, pueden afectar negativamente el contacto entre la familia y el equipo de salud, especialmente en los primeros días de hospitalización (5).

Durante una enfermedad crítica de un ser querido, los miembros de la familia se convierten en la “voz” de los pacientes que quizás inconscientes no pueden comunicarse, lo que multiplica la presión y aumenta sus necesidades emocionales, las que al estar insatisfechas generan altos niveles de ansiedad y depresión (6-8). Algunos estudios describen que conocer las necesidades de los familiares pueden reflejarse en mejores resultados emocionales en los pacientes y sus familias y con ello incrementar la satisfacción con el cuidado brindado (9, 10).

Las necesidades que perciben los miembros de la familia no necesariamente se correlacionan con las que perciben los proveedores de salud, llevando a que la diferencia entre estas apreciaciones, nazca la percepción de insatisfacción, puesto que, los profesionales de la salud buscan satisfacer aquellas necesidades que ellos creen son importantes para la familia sin necesariamente serlo (11-13). Verhaeghe et al. refieren que el desconocimiento de las necesidades de la familia se debe habitualmente a la falta de tiempo o de personal y con ello se realiza una evaluación descontinuada e incompleta de estas necesidades (14).

En la revisión de la literatura, diversas variables sociodemográficas influyen en la priorización de las necesidades que presentan los familiares de los pacientes hospitalizados en cuidados intensivos; dependen del sexo, edad, nivel educacional, religión y cultura (5, 10, 15). También se describen otras variables que influyen en el modo en que las familias ordenan y satisfacen sus necesidades como son atenderse en un hospital público o privado, la relación o parentesco con el paciente, tiempo de estadía en la unidad y tener experiencia previa en una UCI como familiar de un paciente (5, 16, 17).

El profesional de enfermería posee las competencias para satisfacer las necesidades de las familias; sin embargo, la falta de tiempo y recursos resultan ser obstáculos para su satisfacción, lo que en consecuencia afecta algunas variables que inciden en la humanización de la atención (18-20).

La familia del paciente crítico experimenta un grupo único de necesidades relacionadas con su percepción de seguridad, proximidad, información, comodidad y apoyo (21). El CCFNI es el instrumento más utilizado para conocer la percepción de importancia de las necesidades de los familiares de las personas hospitalizadas en una unidad de alta complejidad (5).

Frente a estos antecedentes, el objetivo del trabajo fue identificar la percepción de la importancia y satisfacción de las necesidades de los familiares de pacientes hospitalizados en una unidad de cuidados intensivos de un hospital universitario de Santiago de Chile, durante un periodo de dos meses en el año 2017.

## › Materiales y Métodos

Estudio cuantitativo, monocéntrico y transversal. La población de estudio fueron familiares de pa-

cientes hospitalizados en una unidad de cuidados intensivos de un hospital universitario, el tipo de muestra fue por conveniencia y correspondió a familiares de pacientes ingresados a una unidad de cuidados intensivos durante un periodo de dos meses del año 2017 que cumplían con los criterios de inclusión y exclusión. Se aplicaron 37 cuestionarios.

#### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

- Familiar responsable del paciente hospitalizado en la Unidad de Cuidados Intensivos. Edad 18 años o más. Para esta investigación se definió como familiar responsable a la persona indicada como la más próxima al paciente, con o sin lazo consanguíneo, que mantiene estrechas relaciones y que participa directamente en la toma de decisiones respecto al tratamiento del paciente.
- Familiar responsable que entiende y acepta responder de manera voluntaria las preguntas del cuestionario.
- Familiar del paciente con 48 a 72 horas de hospitalización.

#### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

- Familiar responsable de paciente que esté en muerte encefálica.
- Familiar de paciente que ha presentado un efecto adverso (a algún medicamento o terapia) o incidente que le afectó directamente durante esta hospitalización.
- Familiar de paciente que ha reingresado a cuidados intensivos durante esta hospitalización.

Se utiliza instrumento CCFNI, el cual es un cuestionario autoaplicado de 45 preguntas tipo likert (1= no es importante; 4= muy importante) distribuidas en cinco dimensiones: “seguridad”, “información”, “proximidad”, “comodidad” y “apoyo” que evalúa la percepción de importancia de las necesidades

de los familiares en una UCI, el cual fue adaptado culturalmente al español de Chile en el año 2017 obteniendo un alfa de Cronbach de 0,93 (22). Al final del cuestionario se incorporaron 5 ítems extra para evaluar la percepción de satisfacción, según dimensión, de las necesidades de los familiares, para esto se mantuvo la misma escala de valoración del instrumento original (1= no es satisfecho; 4= muy satisfecho).

Procedimiento: se seleccionó a 6 enfermeros con más de 3 años de experiencia en UCI y se les capacitó respecto al consentimiento informado, entrevista y CCFNI con el fin de unificar el proceso. Tras esto, los enfermeros procedieron a realizar una entrevista breve y estructurada a los familiares en donde se recogieron datos socio-demográficos del familiar. La entrevista se realizó en una sala privada próxima a la UCI a las 48 – 72 horas del ingreso del paciente a la unidad. Tras esto, se entregó el CCFNI en donde se debía responder de forma anónima las preguntas sobre la percepción de la importancia de las necesidades que tenía el familiar, junto con 5 preguntas tipo Likert anexas al cuestionario, consultándose por el grado de satisfacción, según dimensión, de las necesidades. El CCFNI demoró alrededor de 15 minutos en ser contestado. Previo a la aplicación el instrumento se solicita consentimiento informado. Se cauteló el cumplimiento de los principios de respeto a las personas y a la Ley de Derechos y Deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención en salud vigente (23).

Los datos recolectados fueron analizados con el programa STATA® 12 para Windows.

Se desarrolló estadística descriptiva para todas las variables en estudio usando medidas porcentuales. En primera instancia, para establecer el grado de importancia y satisfacción de las necesidades se analizaron los resultados como variables cate-



góricas. Tras esto, con el objetivo de comparar los resultados con la literatura existente, se transformó la escala Likert en una escala numérica y se promediaron las respuestas por cada ítem. Para diferencias y relaciones entre los grupos se utilizaron los test de Mann Whitney para dos grupos y Kruskal Wallis para más de dos grupos para variables cuantitativas. El error  $\alpha$  considerado fue de 0,05 (24, 25).

## › Resultados

Respecto a las variables sociodemográficas, la mayoría de los encuestados tenían una edad entre los 50 y 59 años (35,1%), eran mujeres (70,2%) y con educación universitaria completa (27%). El 46% de los participantes eran hijos(as) de los pacientes,

La mayor parte de los participantes profesaron ser cristianos(as) (86%) y aproximadamente la mitad refirió haber tenido experiencia previa en una unidad de cuidados intensivos (54%).

En cuanto a los resultados de percepción de la importancia de las necesidades de los familiares se muestran en la Tabla 1. El 100% de los familiares respondió que la necesidad “conocer cuáles son los resultados esperados del tratamiento que se está realizando a mi familiar” (media=4,0) perteneciente a la dimensión “seguridad” era “muy importante”. Por el contrario, la necesidad “estar solo en cualquier momento” (media=2,42) perteneciente a la dimensión “apoyo” fue valorada con el grado máximo de importancia en el 5% de los entrevistados, resultando ser la necesidad menos importante.

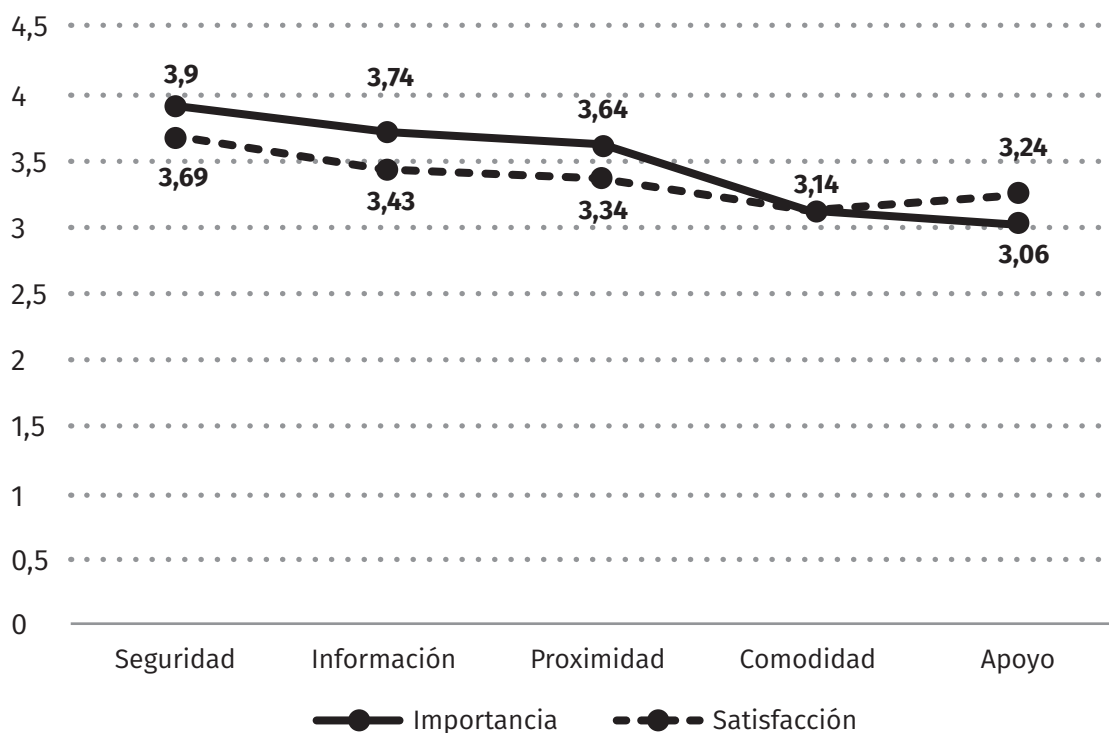
**TABLA 1.** PERCEPCIÓN DE LA IMPORTANCIA DE LAS NECESIDADES DE LOS FAMILIARES

Dimensión	Necesidad de los Familiares	Media	Desviación Estándar
<b>Las 10 Necesidades más importantes</b>			
Seguridad	Conocer cuáles son los resultados esperados del tratamiento que se está realizando a mi familiar	4,00	0,00
Seguridad	Tener respuestas honestas a sus preguntas	3,97	0,16
Seguridad	Estar seguro que se le está dando el mejor cuidado posible a mi familiar	3,97	0,16
Proximidad	Ser llamado a su casa si ocurre algún cambio en la condición de su familiar	3,97	0,16
Seguridad	Sentir que el personal del hospital se preocupa de su familiar	3,97	0,16
Información	Saber por qué se le realizaron determinados procedimientos a mi familiar	3,89	0,31
Proximidad	Conocer la intención de traslado mientras está siendo planificada	3,89	0,31
Seguridad	Saber datos específicos sobre la evolución de mi familiar	3,89	0,31
Información	Saber exactamente que se está haciendo por mi familiar	3,89	0,31
Información	Hablar con el médico todos los días	3,86	0,41
<b>Las 10 Necesidades menos importantes</b>			
Apoyo	Estar solo en cualquier momento	2,42	0,82
Apoyo	Tener a alguien con quien hablar de los problemas familiares	2,54	0,76
Apoyo	Ser informado acerca de los servicios religiosos disponibles	2,59	0,85
Comodidad	Tener un teléfono cerca de la sala de espera	2,81	0,80
Apoyo	Tener un lugar para estar solo en el hospital	2,81	0,98
Apoyo	Tener visitas de un sacerdote, pastor rabino u otro guía espiritual	2,95	0,84
Comodidad	Tener muebles cómodos en la sala de espera	2,97	0,72
Comodidad	Tener buena comida disponible en el hospital	3,03	0,82
Apoyo	Sentir que está bien llorar	3,06	0,85

Los resultados por dimensión de percepción de la importancia y satisfacción de las necesidades de los familiares se muestran en figura 1. La dimensión más importante fue “seguridad” (media=3,9) seguida de “información” (media=3,74) mientras que la

menos importante fue “apoyo” (media=3,06). Respecto a la satisfacción de necesidades, la dimensión más satisfecha fue “seguridad” (media=3,69) mientras que la dimensión menos satisfecha fue “comodidad” (media=3,16).

**FIGURA 1:** PERCEPCIÓN DE LA IMPORTANCIA Y SATISFACCIÓN DE LAS NECESIDADES DE LOS FAMILIARES SEGÚN DIMENSIÓN



El estudio arrojó que existen diferencias en las medias de la percepción de importancia y satisfacción. La dimensión “comodidad” es la que presenta una menor brecha seguida de “apoyo”. La dimensión “información” es la que presenta mayor divergencia. Sólo en la dimensión “comodidad” la percepción de la satisfacción fue mayor a la percepción de la importancia. Revelándose una diferencia estadísticamente significativa en el grado de importancia que se le otorga a la dimensión “apoyo” en relación al sexo; siendo las mujeres ( $\mu=3,21$ ) quienes perciben esta dimensión con mayor importancia que los hombres ( $\mu=2,74$ ) ( $\text{Prob} > |Z| = 0,0197$ ).

En relación entre la variable sexo y dimensión de

proximidad, también se evidenció una diferencia estadísticamente significativa en el grado de importancia que se le otorga a la dimensión “proximidad” siendo las mujeres ( $\mu=3,75$ ) quienes consideran más importante esta dimensión que los hombres ( $\mu=3,45$ ) ( $\text{Prob} > |Z| = 0,0268$ ).

Los análisis de relación entre las variables demográficas y la percepción de satisfacción de los familiares obtenida en la encuesta no demostraron relación entre las variables.

## › Discusión

Con respecto al objetivo formulado, este trabajo

permite identificar información valiosa respecto a la priorización de las necesidades de los familiares de los pacientes críticos, dado que es una de las primeras veces que se aplica el CCFNI adaptado y validado culturalmente en Chile.

Analizando los resultados por dimensión, éstos coinciden con la literatura analizada en donde la dimensión “seguridad” es la más importante seguida de la dimensión “información” (5, 11, 26).

Respecto a la dimensión menos importante, “apoyo” obtiene el menor puntaje seguido de “comodidad”; resultado que se asemeja a lo descrito por Freitas en donde la dimensión menos importante fue “comodidad” seguida de “apoyo” (16).

En cuanto a las necesidades relacionadas con la dimensión “proximidad”, existen varios estudios que las ubican dentro de las necesidades más importantes, incluso un estudio indica que estas necesidades resultaron ser las más importantes para los familiares (27, 28).

Al comparar los resultados con otras investigaciones realizadas a nivel nacional, éstos coinciden con los encontrados por Padilla et al. en donde “tener respuestas honestas a sus preguntas” resultó ser la necesidad más importante seguida de “conocer cuáles son los resultados esperados del tratamiento que se está realizando a mi familiar”, ambas pertenecientes a la dimensión “seguridad” (29).

En cuanto a la satisfacción de las necesidades de los familiares de los pacientes críticos, los resultados de este estudio revelan que los familiares se sienten en general satisfechos; no obstante, se observan diferencias en las medias de percepción de importancia con las de percepción de satisfacción de necesidades, según dimensión. Esto podría significar que las necesidades de los familiares no son totalmente satisfechas. La dimensión con ma-

yor diferencia entre medias fue “información” (0,31 puntos) que, a pesar de tener una buena valoración de satisfacción, denota un nivel de indagación exiguo para satisfacer a cabalidad las necesidades de información de los familiares. Esto podría explicarse por la existencia de una sola visita médica/enfermería al día para la entrega de antecedentes sobre la evolución del enfermo a los familiares. Las dimensiones con menor brecha fueron “comodidad” y “apoyo” que se pueden explicar por la baja importancia que los familiares dan a estas dimensiones, considerando también que el hospital no cuenta con todos los recursos necesarios para otorgar comodidad y apoyo a los familiares.

Es necesario estudiar en forma más profunda la percepción de satisfacción de las necesidades de los familiares y su relación con variables demográficas; ya que en este estudio solo se preguntó por el grado de satisfacción de las necesidades en términos generales (una pregunta por cada dimensión).

En cuanto a la relación entre variables, este trabajo señala que las mujeres dan más importancia a las necesidades de “apoyo” que los hombres. Un resultado similar se encontró en un estudio por Kohi et al. en donde las mujeres daban más importancia que los hombres a la necesidad “recibir orientaciones acerca de qué hacer al lado de la cama de mi familiar” que pertenece a la dimensión “apoyo” (30).

Lo mismo ocurre en la dimensión “proximidad”, en que las mujeres otorgan un mayor grado de importancia a las necesidades de esta dimensión en comparación con los hombres; resultado semejante a Zainah et al. quien también identificó las necesidades de los familiares de pacientes de UCI son mayores en mujeres con respecto a la dimensión “proximidad” en un hospital universitario de Malasia (26).

Dentro de las fortalezas del instrumento empleado se encuentran el vasto espectro de necesidades que abarca y su extensa aplicación a nivel internacional que permite comparar los resultados con diversas culturas alrededor del mundo. Entre las limitaciones se puede considerar que la muestra, al ser pequeña y por conveniencia, no permite generalizar los resultados, sin embargo se consideró al total de la población bajo los criterios de inclusión en el periodo designado para el estudio. Otra dificultad que se encontró fue la extensión del cuestionario, ya que para algunos familiares resultó abrumador ver 45 preguntas, probablemente por el grado de atención que demanda responder el cuestionario y considerando el compromiso emocional que genera la enfermedad grave de un ser querido, no siempre se está con la mejor disposición para realizar actividades que impliquen un desgaste mental. Sería interesante que la enfermera(o) pueda realizar una entrevista personal, en donde el familiar se sienta escuchado y aliviado, en una instancia en donde se pueda ahondar en las necesidades particulares de cada familia.

## › Conclusiones

La percepción de importancia de las necesidades de los familiares de los pacientes críticos puede variar de acuerdo con el contexto particular de cada caso (religión, cultura, sexo, nivel educacional); sin embargo, al estudiar las necesidades por dimensión, “seguridad” e “información” son las más importantes, lo que coincide con los resultados de otros trabajos en distintos países.

Conocer la priorización de las necesidades familiares en el contexto nacional permitiría poder incorporarlas como un factor preponderante en la construcción de un modelo de gestión del cuidado centrado en paciente y la familia, dirigido a mejo-

rar los resultados de los pacientes, mejorar la experiencia de la familia en la UCI y cumplir con los derechos relacionados con las dimensiones de seguridad, información y proximidad del CCFNI, que están establecidos en la Ley N° 20.584 de Derechos y Deberes que las personas tienen en relación con acciones vinculadas a su atención de salud y, que en el contexto de cuidados intensivos, podrían interpretarse como derechos y deberes de los familiares de los pacientes. Para esto, es fundamental darle un lugar a la familia dentro del proceso de cuidados que se le otorga al paciente.

El paciente crítico pese a encontrarse vulnerable por su estado de salud, no pierde su condición de persona sujeto de derechos; es un ser social que se ve afectado por su entorno, siendo su familia un factor fundamental. Conocer y satisfacer las necesidades de los familiares, es también conocer y satisfacer las necesidades del paciente.

El CCFNI es un instrumento de fácil comprensión, su lenguaje es simple y claro; sin embargo, su extensión puede incomodar a algunos familiares.

Un aspecto pendiente por estudiar es la influencia que pueden tener los días de hospitalización en UCI en la percepción de importancia y satisfacción de necesidades de los familiares, considerando la variabilidad de los tiempos de recuperación de los pacientes críticos. Para esto, sería necesario incorporar al estudio a familiares de pacientes críticos con más de 72 horas de ingresados a la UCI y con estadías prolongadas en cuidados intensivos.

## › Referencias bibliográficas

1. Chatzaki M, Klimathianaki M, Anastasaki M, Chatzakis G, Apostolakou E, Georgopoulos D. Defining the needs of ICU patient families in a suburban/rural Greek population: A prospective cohort study. *J Clin Nurs*. 2012; 21(13-14): 1831-9.

2. Noor AA, Ho SA, Jafaar MZ, Choy YC, Das S, Ismail SM, et al. Information needs of family members of critically ill patients in intensive care unit of a tertiary hospital. *Clin Ter.* 2012; 163(1): 63-7.
3. Dharmalingam T, Kamaluddin M, Hassan S, Zaini R. The Needs of Malaysian Family Members of Critically Ill Patients Treated in Intensive Care Unit, Hospital Universiti Sains Malaysia. *Malays J Med Sci.* 2016 (jun); 12(2): 9-17.
4. De Beer J, Brysiewicz P. The needs of family members of intensive care unit patients: A grounded theory study. *South Afr J crit care* [Internet]. 2016 [acceso 24 sept 2019]; 32 (2). Disponible es: <https://www.ajol.info/index.php/sajcc/article/view/150144>
5. Padilla C. Most important needs of family members of critical patients in light of the Critical Care Family Needs Inventory. *Invest Educ Enferm.* 2014 (may-ago); 32(2): 306-16.
6. De Beer J, Brysiewicz P. The conceptualization of family care during critical illness in KwaZulu-Natal, South Africa. *Health SA Gesondheid* [Internet]. 2017 [acceso 12 oct 2019]; 22: 20-7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.hsag.2016.01.006>
7. Tyrie LS, Mosenthal AC. Care of the family in the surgical intensive care unit. *Anesthesiology clin.* 2012; 30 (1): 37-46.
8. Fumis RR, Ranzani OT, Faria PP, Schettino G. Anxiety, depression, and satisfaction in close relatives of patients in an open visiting policy intensive care unit in Brazil. *J Crit Care* [Internet]. 2015 [acceso 12 oct 2019]; 30(2). Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0883944114004882>
9. Khalaila R. Patients' family satisfaction with needs met at the medical intensive care unit. *J Adv Nurs.* 2013 (may); 69(5):1172-82.
10. Zainah M, Sasikala M, Nurfarieza M, Ho S. Needs of Family Members of Critically Ill Patients in a Critical Care Unit at Universiti Kebangsaan Malaysia Med & Health. 2016; 11(1): 11-21.
11. De Beer J, Alnajjar H. Describing Family Needs within Adult Critical Care Units at a Military Hospital in Jeddah, Saudi Arabia. *Int J Stud Nurs* [Internet]. 2017 [acceso 11 oct 2019]; 2 (2). Disponibles en: <http://journal.julypress.com/index.php/ijsn/article/view/246>
12. Mundy C. Assessment of family needs in neonatal intensive care units. *Am J Crit Care* [Internet]. 2010 [cited 2017 Jun 26];19(2):156-63. Available from: <http://ajcc.aacnjournals.org/content/19/2/156.short>
13. Hinkle JL, Fitzpatrick E. Needs of American relatives of intensive care patients: Perceptions of relatives, physicians and nurses. *Intensive Crit Care Nurs.* 2011; 27(4) :218-25.
14. Verhaeghe S, Defloor T, Van Zuuren F, Duijnstee M, Grypdonck M. The needs and experiences of family members of adult patients in an intensive care unit: A review of the literature. *J Clin Nurs.* 2005 (abr); 14 (4): 501-9.
15. Al-Mutair AS, Plummer V, Clerehan R, O'Brien A. Families' needs of critical care Muslim patients in Saudi Arabia: a quantitative study. *Nurs Crit Care.* 2014; 19(4):185-95.
16. Freitas K, Kimura M, Ferreira K. Family members' needs at intensive care units: comparative analysis between a public and a private hospital. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2007; 15(1): 84-92.
17. Bandari R, Heravi-Karimooi M, Rejeh N, Mir-mohammadkhani M, Vaismoradi M, Snelgrove S. Information and support needs of adult family members of patients in intensive care units: an Iranian perspective. *J Res Nurs.* 2015; 20(5): 401-22.

18. Adams A, Mannix T, Harrington A. Nurses' communication with families in the intensive care unit – a literature review. *Nurs Crit Care*. 2015 (mar); 22 (2): 70–80.
19. Wetzig K, Mitchell M. The needs of families of ICU trauma patients: an integrative review. *Intensive Crit Care Nurs*. 2017 (ago); 41: 63-70.
20. Vargas R. Cuidado humanizado al paciente críticamente enfermo: enfermería pieza clave en la atención. *Cienc y Cuid*. 2007; 4(4): 21–7.
21. Leske J. Internal psychometric properties of the Critical Care Family Needs Inventory. *Hear lung*. 1991 (may); 20(3): 236-44.
22. Rojas N, Padilla C, Molina Y, Amthauer M. The needs of the relatives in the adult intensive care unit: Cultural adaptation and psychometric properties of the Chilean-Spanish version of the Critical Care Family Needs Inventory. *Intensive Crit Care Nurs*. 2017 (oct); 43: 123–8.
23. Valenzuela S, Aliaga V, Burdiles P, Carvallo A, Díaz E, Guerrero M, et al. Reflexiones en torno a la ley N 20.584 y sus implicancias para la investigación biomédica en Chile. *Rev med Chile*. 2015; 143: 96-100.
24. MacFarland TW, Yates JM. Mann–Whitney U Test. En: MacFarland TW, Yates JM. *Introduction to Nonparametric Statistics for the Biological Sciences Using R*. Picassoplatz (Suiza); Springer International Publishing. 2016. p. 103-32.
25. Cleophas TJ, Zwinderman AH. Non-parametric Tests for Three or More Samples (Friedman and Kruskal-Wallis). En: Cleophas TJ, Zwinderman AH. *Clinical Data Analysis on a Pocket Calculator*. Picassoplatz (Suiza); Springer International Publishing. 2016. p. 193-7.
26. Zainah M, Sasikala M, Nurfarieza MA, Ho S. Needs of family members of critically ill patients in a critical care unit at Universiti Kebangsaan Malaysia Medical Centre. *Med & Health*. 2016; 11(1): 11-21.
27. Hashim F, Hussin R. Family Needs of Patient Admitted to Intensive Care Unit in a Public Hospital. *Procedia - Soc Behav Sci*. 2012; 36: 103–11.
28. Khalaila R. Patients' family satisfaction with needs met at the medical intensive care unit. *J Adv Nurs*. 2013 (may); 69 (5): 1172-82.
29. Padilla-Fortunatti C, Rojas-Silva N, Amthauer-Rojas M, Molina-Muñoz Y. Necesidades de los familiares de pacientes críticos en un hospital académico de Chile. *Enferm Intensiva*. 2018; 29 (1): 32-40.
30. Kohi TW, Obogo MW, Mselle LT. Perceived needs and level of satisfaction with care by family members of critically ill patients at Muhimbili National hospital intensive care units, Tanzania. *BMC Nurs* [Internet]. 2016 [acceso 27 feb 2018]; 15(1): 18. Disponible en: <http://bmcnurs.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12912-016-0139-5>

# Úlceras por presión en pacientes de un hospital de alta complejidad en Chile

## Autores:

**José Alex Leiva-Caro.** Enfermero, Doctor en Ciencias de Enfermería, Departamento de Enfermería Universidad del Bío Bío, Chillán, Chile.

**Natalia Andrea Gutiérrez Parada.** Enfermera, Encargada de la Vigilancia de Eventos Adversos, Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente, Hospital Clínico Herminda Martin, Chillán, Chile.

**María Priscila Vidal Reyes.** Enfermera, Unidad de Gestión del Cuidado de Enfermería, Subdirección Gestión de los Cuidados de Enfermería, Hospital Clínico Herminda Martin, Chillán, Chile.

**Carla María Ester Rivera Torres.** Enfermera, Coordinadora Programa RNAO, Hospital Clínico Herminda Martin, Chillán, Chile.

**Carolina Luengo Martínez.** Enfermera, Doctora en Enfermería, Departamento de Enfermería Universidad del Bío Bío, Chillán, Chile.  
E-Mail: cluengo@ubiobio.cl

**Fecha de Recepción:** 10.07.2019

**Fecha Aceptación:** 25.09.2019

**DOI:** <https://doi.org/10.22370/bre.41.2019.2303>

## › Resumen

**Introducción.** Dentro de los Eventos Adversos (EA) que se reportan relacionados con la Gestión del Cuidado de Enfermería se encuentran las Úlceras Por Presión (UPP). Estas lesiones cobran un protagonismo especial al momento de caracterizar los eventos más frecuentes en relación con el cuidado enfermero, tanto por el aumento de los días de estadía hospitalaria como por los altos costos económicos y emocionales asociados. El objetivo del estudio fue describir las características de las UPP en pacientes adultos ingresados en un hospital de alta complejidad en Chile. **Material y Método.** Estudio descriptivo y retrospectivo. Se analizó una muestra de 265 pacientes (mayor o igual a 15 años), hospitalizados en un establecimiento de salud de alta complejidad de la región de Ñuble, que presentaron úlcera(s) por presión notificada(s) como EA mediante formulario establecido institucionalmente, en el periodo 2016-2017. Se utilizó estadística descriptiva y el programa SPSS versión 25. **Resultados.** Los servicios clínicos con mayor notificación de UPP fueron, Cirugía Indiferenciada (38,1%), Unidad de Paciente Crítico Adulto (18,9%) y Medicina (17,7%). Las UPP se localizan principalmente en zona sacra (29,4%) y talón (24,9%). El promedio UPP por paciente es de 1,3 (DS= 0,69) y se clasifican mayoritariamente en estadio I y II. La incidencia de UPP a nivel hospitalario fue igual al 0,79% y se pueden presentar desde el primer día de hospitalización. **Conclusión.** Es trascendental que el profesional de enfermería analice este EA, para implementar medidas de enfrentamiento efectivas, que contribuyan en la mejora de la calidad de los cuidados enfermeros.

› **Palabras claves:** Úlcera por presión, atención de enfermería, servicios hospitalarios (DeCS).

# Pressure ulcers in patients of a highly complexity hospital in Chile

## › Abstract

**Introduction.** Among the reported adverse events (EA) related to Nursing Care Management are pressure ulcers (UPP). These injuries take on a special role when characterizing the most frequent events related to nursing care, both due to the increase in hospital days and the associated high economic and emotional costs. The objective of the study was to describe the characteristics of UPP in adult patients admitted to a hospital of high complexity in Chile. **Material and Method.** Descriptive and retrospective study. A sample of 265 patients (greater than or equal to 15 years), hospitalized in a highly complex health facility in the Ñuble region, who presented pressure ulcer(s) to reported(s) as an adverse event through an institutionally established form, was analyzed, in the period 2016-2017. Descriptive statistics and the SPSS program, version 25, were used. **Results.** The clinical services with the highest UPP notification were: undifferentiated surgery (38,1%), adult critical patient unit (18,9%) and medicine (17,7%). The PU are located mainly in the sacral zone (29,4%) and heel (24,9%). The UPP average per patient is 1,3 (SD = 0,69) and is classified mostly in stage I and II. The incidence of UPP at the hospital level was equal to 0,79% and can occur from the first day of hospitalization. **Conclusion.** It is transcendental for the nursing professional to analyze this adverse event, to implement effective coping measures that contribute to improving the quality of nursing care.

› **Keywords:** Pressure ulcer, nursing care, hospital services (DeCS).



## › Introducción

Es aceptado mundialmente que los Eventos Adversos (EA) asociados a la atención en salud han pasado a ser en la actualidad un problema de salud pública. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) los EA pueden estar en relación con “problemas de la práctica clínica, de los productos y procedimientos o del sistema” (1).

Es así como la OMS estima que en hospitales de alta complejidad de países desarrollados, 1 de cada 10 pacientes ha sufrido algún EA, generando un elevado costo médico, financiero y moral para las instituciones de salud. Esta atención insegura produce a nivel mundial, lesiones incapacitantes o la muerte en decenas de millones de pacientes (2).

Al respecto, un estudio español sobre eventos adversos ligados a la hospitalización (ENEAS), reportó una incidencia de 9,3% (3), a su vez, en América Latina su prevalencia alcanzó un 10,5% (4). En Chile los estudios son exiguos, una investigación en un establecimiento de salud privado mostró una incidencia de un 6,2% (5), valor por debajo de lo reportado a nivel internacional.

Por otra parte, para los profesionales de enfermería la seguridad del paciente cobra un protagonismo mayor, puesto se relaciona directamente con la Gestión del Cuidado que se les ha conferido (6). En concordancia con lo anterior, diversas organizaciones de la disciplina y entidades gubernamentales internacionales se han unido en pro del ejercicio seguro y de calidad de la profesión de enfermería, tanto para los pacientes como para quienes la ejecutan (7).

Cada vez más, el temor de los profesionales de enfermería a notificar EA es menor (8), lo cual sumado a su mayor cultura de seguridad (9) favorece el conocimiento de estos eventos con el objetivo de

mejorar los procesos de atención de enfermería.

Se conoce que dentro de los EA que se reportan relacionados con la Gestión del Cuidado de Enfermería se encuentran las caídas de pacientes, los errores de medicación, eventos relacionados con dispositivos invasivos y las Úlceras Por Presión (UPP). Estas últimas se definen como “el daño localizado en la piel y/o en el tejido blando subyacente, habitualmente sobre una prominencia ósea o derivado de un dispositivo médico o de otro tipo” (10). Para que se produzca una úlcera por presión influyen causas intrínsecas como el estado nutricional, enfermedades crónicas y la condición de tejidos blandos y dentro de causas extrínsecas se encuentran la fricción y la cizalla, formando una úlcera que puede ir desde piel indemne o presentarse como una lesión abierta (11). Estas lesiones cobran un protagonismo especial al momento de caracterizar los eventos más frecuentes en relación con el cuidado enfermero, tanto por el aumento de los días de estadía hospitalaria así como por los altos costos económicos y emocionales asociados (12).

En España, se habla que el costo anual producto de las úlceras por presión tratadas, va en torno de los seiscientos dos millones de euros, a lo que se suma el costo del tiempo de enfermería y las prolongadas hospitalizaciones para los pacientes (12). A su vez, un estudio realizado en Colombia concluyó que estas lesiones superaron el 50% de los eventos que se presentaron (13).

Ahora, al describir las UPP, en relación con el grupo etario, la mayor prevalencia se presenta en la población adulto y adulto mayor, seguida de pacientes pediátricos (14), además los hombres presentan mayor incidencia de UPP en comparación con el sexo femenino (13,14).

Además, se reporta que dentro de los factores pre-

disponibles para su aparición se encuentran la calidad de los cuidados asociados al cumplimiento de los cambios de posición que se realiza a los pacientes y el uso de superficies especiales (15,16) y dentro de las localizaciones anatómicas más comunes se encuentran los talones y zona sacra (16, 17).

En cuanto al número de lesiones por paciente, el promedio encontrado por algunos autores fue de 1,9 (14) y entre los servicios clínicos con mayor incidencia se encuentran los de medicina interna, cuidados intensivos y cirugía (17-19) y en aquellos pacientes con patologías crónicas (18). Según etapa de evolución de las UPP, los estadios I y II son los más frecuentes (20-22).

Por otra parte, los diagnósticos de los pacientes con mayor incidencia son aquellos relacionados con patologías cardiovasculares (17,20) y respiratorios (23) y se ha evidenciado que las primeras lesiones en pacientes hospitalizados aparecen en un promedio de 5 a 10 días desde el ingreso al recinto de salud (20,24).

Considerando lo anteriormente descrito y la escasa información referente a la realidad local de este fenómeno, es que el objetivo de este estudio es describir las características de las UPP en pacientes adultos ingresados en un hospital de alta complejidad en Chile.

## › Material y Método

Estudio de abordaje descriptivo y retrospectivo. La unidad de análisis corresponde al paciente adulto (mayor o igual a 15 años) hospitalizado en un establecimiento de salud de alta complejidad de la región de Ñuble, que presentó UPP notificada(s) como evento adverso mediante formulario establecido institucionalmente, durante el periodo de tiempo que abarca del 1º de enero del 2016 hasta

el 31 de diciembre 2017. La población de estudio correspondió a 376 pacientes notificados durante este periodo, de los cuales sólo 265 pacientes cumplieron con los criterios de inclusión, que corresponden a paciente notificados con UPP con datos completos en dicha base de datos, de 15 o más años ingresados a servicios de adultos y con presencia de una o más úlceras por presión en diferentes zonas anatómicas durante su estadía hospitalaria. Se consideró como criterio de exclusión pacientes que presentaron UPP producto de dispositivos invasivos como lo son equipo de oxigenoterapia, sonda nasogástrica, catéter urinario permanente, entre otros.

Las variables en estudio fueron: sexo, edad, servicio clínico, diagnóstico CIE 10 por sistema, según Clasificación Internacional de Enfermedades (25), tiempo de hospitalización previa a la aparición de la UPP, valoración de riesgo de úlcera por presión, localización de las úlceras, estadio de la úlcera por presión, medidas de prevención obligatoria y medidas de prevención recomendadas.

La fuente de información corresponde a una base de datos secundaria denominada "Planilla registro eventos adversos asistenciales" la cual contiene los datos de los pacientes notificados (sistema de notificación voluntaria) con UPP en el establecimiento en estudio. Este registro es realizado por el/la enfermero(a) clínico, quién al pesquisar una UPP en la valoración diaria del paciente, debe completar el formulario de notificación establecido por el Ministerio de Salud de Chile. Luego, esta información es traspasada por la enfermera supervisora del servicio clínico a una planilla Excel que contiene las variables de este estudio, y que envía a través de correo electrónico institucional a la enfermera responsable de la vigilancia de los EA del establecimiento, quien es la encargada de alimentar la base de datos secundaria del registro

de notificación de eventos adversos asociados a la gestión del cuidado de enfermería, desde la que se realizó el análisis descriptivo.

Para este estudio, se consideró el concepto de UPP y sus estadios (I, II, III, IV), según el consenso adoptado en 2016 por el Grupo Consultivo Nacional para las Úlceras por Presión de EE. UU (10).

Para llevar a cabo el análisis de los datos, se utilizó estadística descriptiva (media y DS) con el software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 25. La incidencia de UPP fue calculada en relación a los egresos hospitalarios de los años en estudio, de la siguiente manera: 265 pacientes con UPP/33.188 egresos X 100.

El estudio no requirió revisión de historias clínicas de los pacientes estudiados ni consentimiento informado de los mismos. No obstante, se garantizó la confidencialidad de los datos obtenidos, identificando los datos de cada paciente mediante un código. Igualmente, los datos clínicos relativos a las personas fueron anónimos y desvinculados de cualquier dato identificativo, lo cual está amparado bajo los artículos 8 y 9 de la Ley N°19.628 (26). Además, el estudio contó con la autorización de la Dirección del Hospital, de la Subdirección de Gestión de los Cuidados de Enfermería, del Jefe de la Oficina de Calidad y Seguridad del Paciente y con la aprobación del Comité Ético Científico del Hospital Herminda Martín de Chillán, según registro N°435/18, del 04 de diciembre del 2018.

## › Resultados

**TABLA 1.** CARACTERÍSTICAS BIOSOCIALES Y CLÍNICAS DE LOS PACIENTES CON ÚLCERAS POR PRESIÓN

Dimensión	Variable	Categorías	f	%
Biosocial	Sexo	Hombre	134	50,6
		Mujer	131	49,4
	Edad	15 - 60 Años	75	28,3
		Más de 60 Años	190	71,7
	Servicio Clínico	Cirugía Indiferenciada	100	37,7
		Medicina	47	17,7
		Unidad de Paciente Crítico Adulto	50	18,9
		Otros Servicios	68	13,2
	Diagnostico CIE-10 por Sistema	Esquelético	74	27,9
		Digestivo	39	14,7
		Respiratorio	42	15,8
		Cardiovascular	40	15,1
		Endocrino	10	3,8
		Nervioso	17	6,4
		Urinario	9	3,4
		Tegumentario	7	2,6
		Otros	27	10,2

Dimensión	Variable	Categorías	f	%	
	Tiempo de Hospitalización previo a la aparición de la UPP	0 - 7 Días	163	61,5	
		8 - 14 Días	49	18,5	
		15 - 21 Días	27	10,2	
		22 - 28 Días	11	4,2	
		Más de 28 Días	15	5,7	
	Valoración del riesgo de UPP	Muy Alto	107	40,4	
		Alto	78	29,4	
		Medio	36	13,6	
		Sin Riesgo	44	16,6	
<b>Clínicas</b>	Localización	Zona sacra	78	29,4	
		Talón	66	25	
		Zona Glútea	17	6,5	
		Calcáneo	10	3,7	
		Codo	9	3,4	
		Otras	85	32	
	Estadío de la UPP	I	127	47,9	
		II	116	43,8	
		III	9	3,4	
		IV	1	0,4	
		Más de un estadio	12	4,5	
	Superficies especiales	Si	223	84,2	
		No	42	15,8	
	Cambios de posición	Si	243	91,7	
		No	22	8,3	
	Medidas recomendadas de prevención UPP	Elementos de protección	62	23,4	
		Cuidados de la piel	63	23,8	
		Elementos de protección	70	26,4	
		Cuidados de la piel	70	26,4	
		Otras	70	26,4	
	<b>n= 265</b>				

En la tabla 1, se observa que la muestra está formada por 49,4% de mujeres y 50,6% de hombres, con una edad media de 69 años (DS= 18,3). En cuanto a los servicios clínicos con mayor notificación de UPP se encuentran: Cirugía Indiferenciada con 38,1%, seguido de la Unidad de Paciente Crítico Adulto con 18,9% y Medicina con 17,7%. Según el sistema de clasificación de diagnósticos CIE 10

por sistemas, aquellos que presentaron mayor frecuencia UPP durante su hospitalización fueron los asociados al sistema esquelético 27,9% y al sistema respiratorio 15,8%. Los pacientes presentaron una media de días de estada previo al inicio de la úlcera por presión de 9 días (DS= 10,01).

Por otra parte, la distribución de los niveles de riesgo detectados mediante escala de Norton fue:

muy alto 40,4%, alto 29,4%, sin riesgo 16,6% y riesgo medio 13,6%.

En relación a la localización anatómica, el predominio de las úlceras se encontró en zona sacra 29,4%, talón 24,9%, glútea 6,4%, calcáneo 3,8%, codo 3,4% y 32,1% en otras zonas tales como: occipital, muslos y trocánter y maleólos. Por su parte el 30,2% de los pacientes presentaron dos y más úlceras por presión, teniendo como promedio 1,3 UPP (DS= 0,69) por paciente.

Los estadios de las UPP, según la clasificación de la NPUAP, fueron: I con un 47,9%, II un 43,8%, III 3,4% y sólo un 0,4% estadio IV.

Del total de la muestra un 84,2% y un 91,7% de los pacientes tenían considerado en su plan de cuidados de enfermería las dos medidas obligatorias, superficies especiales y cambios de posición respectivamente. Además, a un 73,5% se le aplicaron medidas recomendadas de prevención de UPP, tales como elementos de protección y cuidados de la piel.

Asimismo, dentro de las medidas de prevención recomendadas más incorporadas en el plan de cuidados de enfermería fueron: cuidados de la piel 23,8%, elementos de protección local 23,4% y 26,4% consideraba ambas medidas.

**TABLA 2.** VALORACIÓN DEL RIESGO DE PRESENTAR ÚLCERAS POR PRESIÓN Y RANGO DE EDAD DE LOS PACIENTES

Variables	Rango de Edad					
	15 a 60 años		Más de 60 años		Total	
	f	%	f	%	f	%
Muy Alto	41	15,5	66	24,9	107	40,4
Alto	13	4,9	65	24,5	78	29,4
Medio	9	3,4	27	10,2	36	13,6
Sin riesgo	12	4,5	32	12,1	44	16,6
Total	75	28,3	190	71,7	265	100

En la tabla 2 se observa que un 24,9% de los pacientes mayores de 60 años presentaron un riesgo muy alto de desarrollar UPP y un 24,5% riesgo alto.

En los menores de 60 años el mayor porcentaje de pacientes se encuentran con riesgo muy alto y alto, con un 15,5% y 4,9% respectivamente.

**TABLA 3.** VALORACIÓN DEL RIESGO DE PRESENTAR ÚLCERAS POR PRESIÓN Y SERVICIO CLÍNICO DEL PACIENTE

Variables	Servicio Clínico																	
	Anestesia y Pabellón		Cirugía Indiferenciada		Medicina		Neurología		Psiquiatría		Unidad de Emergencia		Unidad de Paciente Crítico		Unidad Médico-Quirúrgico		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Muy Alto	1	0,4	11	4,2	24	9,1	4	1,5	0	0	5	1,9	40	15,1	22	8,3	107	40,4
Alto	0	0	29	10,9	19	7,2	2	0,8	2	0,8	10	3,8	6	2,3	10	3,8	78	29,4
Medio	0	0	23	8,7	3	1,1	0	0	0	0	6	2,3	2	0,8	2	0,8	36	13,6
Sin riesgo	0	0	37	14,0	1	0,4	0	0	0	0	3	1,1	2	0,8	1	0,4	44	16,6
Total	1	0,4	100	37,8	47	17,8	6	2,3	2	0,8	24	9,1	50	19	35	13,3	265	100

La tabla 3 señala que los pacientes valorados con riesgo muy alto de UPP se encontraban en los servicios clínicos de: Unidad de Paciente Crítico adulto con un 15,1%, Medicina en un 9,1%, Unidad Médico Quirúrgico con un 8,3% y con un 4,2% en

Cirugía indiferenciada. Destaca que el 14,0% de los pacientes clasificados sin riesgo de UPP se encontraban hospitalizados en el servicio de cirugía indiferenciada, los que de igual manera desarrollaron lesiones durante su hospitalización.

**TABLA 4.** VALORACIÓN DEL RIESGO DE PRESENTAR ÚLCERAS POR PRESIÓN Y SEXO DE LOS PACIENTES

Variables	Sexo					
	Hombre		Mujer		Total	
	f	%	f	%	f	%
Muy Alto	60	22,6	47	17,7	107	40,4
Alto	39	14,7	39	14,7	78	29,4
Medio	15	5,7	21	7,9	36	13,6
Sin riesgo	20	7,5	24	9,1	44	16,6
Total	134	50,5	131	49,4	265	100

Por otro lado, en la tabla 4 se observa que el riesgo muy alto de desarrollar UPP predomina tanto en hombres como en mujeres con un 22,6% y 14,7%

respectivamente; seguido del riesgo alto con un 14,7% para ambos sexos.

**TABLA 5.** VALORACIÓN DEL RIESGO DE PRESENTAR ÚLCERAS POR PRESIÓN Y USO DE SUPERFICIES ESPECIALES PARA LA PRESIÓN

Variables	Uso de superficies especiales para la presión					
	Si		No		Total	
	f	%	f	%	f	%
Muy Alto	101	38,1	6	2,3	107	40,4
Alto	68	25,7	10	3,8	78	29,4
Medio	30	11,3	6	2,3	36	13,6
Sin riesgo	24	9,1	20	7,5	44	16,6
Total	223	84,2	42	15,9	265	100

Luego, en la tabla 5 se observan los pacientes clasificados según su nivel de riesgo de desarrollar UPP: un 38,1% presentaron riesgo muy alto, el 25,7% ries-

go alto y un 11,3% con riesgo medio, los que tenían incorporado en el plan de cuidados de enfermería el uso de superficies especiales para la presión.

**TABLA 6.** VALORACIÓN DEL RIESGO DE PRESENTAR ÚLCERAS POR PRESIÓN Y CAMBIOS DE POSICIÓN PLANIFICADOS CADA TRES HORAS

Variables	Cambios de posición planificados cada tres horas					
	Si		No		Total	
	f	%	f	%	f	%
Muy Alto	101	38,1	6	2,3	107	40,4
Alto	77	29	1	0,4	78	29,4
Medio	35	13,2	1	0,4	36	13,6
Sin riesgo	30	11,3	14	5,2	44	16,6
Total	243	91,6	22	8,3	265	100

La tabla 6 muestra que el 3,1%, de los pacientes valorados con riesgo muy alto, alto y mediano, no tenían incorporado en el plan de cuidados de enfermería los cambios de posición cada tres horas.

Finalmente, la incidencia de UPP a nivel hospitalario fue igual al 0,79%.

## › **Discusión**

Este estudio responde al objetivo al describir las características de las UPP en pacientes adultos ingresados en un hospital de alta complejidad en Chile, dando cuenta de un problema prevalente en los distintos servicios clínicos. Respecto a la presencia de UPP por sexo, los datos generados en la investigación revelaron una distribución muy similar entre hombres y mujeres, con una variación porcentual de 1,2%, siendo un mayor porcentaje de pacientes hombres los que desarrollaron UPP durante su hospitalización lo que concuerda con otros estudios internacionales, uno realizado en México con un total de 57,3% de hombres que desarrollaron UPP (14) y otro estudio realizado en Colombia en donde el 59,4% correspondieron a pacientes varones (18).

Por su parte, la edad media predominante de los pacientes que presentaron una UPP, es de 69 años (DS= 18,3), resultado concordante con otras investigaciones hispanas, donde los pacientes con este padecimiento presentaron un rango de edad entre los 60 y 70 años (17, 21). Es importante mencionar que la edad se ha referido como uno de los factores más importantes asociados al riesgo de UPP, especialmente en los pacientes mayores, puesto que esta muestra presenta una baja en sus funciones físicas y psíquicas, además de la presencia de patologías crónicas que aumentan la estadía hospitalaria (11). De lo anterior, se desprende la importancia que tienen la programación y ejecución de las medidas de prevención en todos los pacientes

valorados, independiente de la edad, más aún al considerar que la edad media de quienes llegaron a desarrollar las UPP no fue tan alta, con un rango que abarca desde los 51 a los 87 años.

Ahora, los servicios clínicos con mayor presencia de UPP corresponden a Cirugía Indiferenciada (las camas están a disposición de pacientes de cualquier especialidad quirúrgica), Unidad de Paciente Crítico Adulto y Medicina, situación similar a lo revisado en la literatura, destacando las unidades de paciente crítico adulto, cirugía y medicina (17, 22).

Luego, los diagnósticos de los pacientes que desarrollaron UPP mostraron una mayor frecuencia en aquellos con patologías relacionadas con los sistemas esquelético y respiratorio concordando con lo observado en México por Stegensek (17) y en España por Díez (23). Este hallazgo es relevante, dado que, entre las patologías músculo esqueléticas, se encuentran, los traumatismos de cadera y fracturas de pierna cuyos pacientes pueden presentar limitación del movimiento ya sea asociado al dolor, al acto quirúrgico o a la indicación médica, generando mayor riesgo para la aparición de UPP. Asimismo los pacientes con traumatismos intracraneales pueden desarrollar compromiso de conciencia, desorientación o sedación, ésta última asociada al tratamiento farmacológico, favoreciendo la fricción y cizalla, ambos factores pueden ser predisponentes para la aparición de dichas lesiones. En relación a los diagnósticos agrupados en el sistema respiratorio destacan las neumonías que afectan mayormente a personas de la tercera edad quienes per se manifiestan una movilidad reducida. En esta misma área, la insuficiencia respiratoria, condición grave para los pacientes que se encuentran generalmente en unidades de cuidados intensivos conectados a ventilación mecánica y con suministro de drogas vaso activas, pueden

generar factores extrínsecos para la aparición de las úlceras por presión.

Por otra parte, los días de estada promedio encontrados que correspondieron a nueve días previo a la aparición de la UPP, están en la misma línea de lo reportado en otros estudios internacionales (20, 24) en los cuales el rango de días fluctúa entre 5 a 10. Sumado a lo anterior, es importante mencionar que un porcentaje igual a 3,8% de los pacientes desarrollaron UPP grado I dentro de las primeras 24 horas de la hospitalización, situación que debe ser abordada y que releva lo fundamental que es comprender que no se debe subvalorar el riesgo de desarrollar UPP en las horas iniciales de la hospitalización de un paciente, luego el riesgo se genera desde que el paciente ingresa a un centro asistencial. Por lo anterior, la valoración del riesgo de UPP, la planificación y ejecución de las medidas obligatorias de prevención se deben iniciar desde el primer día de hospitalización. Por lo demás una hospitalización por más de 9 días es un factor de riesgo adicional a la aparición de las lesiones, dato no conocido antes de este estudio en Chile.

En cuanto al nivel de riesgo de desarrollar UPP, este estudio reportó que un 83,4% de los pacientes presentan algún nivel de riesgo, lo cual no concuerda con el único estudio internacional encontrado que utilizó la escala de NORTON en donde el 71,9% de los pacientes se categorizaron con riesgo mínimo o inexistente (21). Lo anterior puede estar dado, por la diferencia metodológica en ambos estudios en cuanto a la obtención de los datos y en segundo lugar por la formación de los profesionales que realizaron la valoración del riesgo de UPP.

Ahora, al considerar las zonas anatómicas más proclives a desarrollar UPP, estas fueron la zona sacra, talón, glútea, calcáneo y codo, resultado que se ajusta a lo presentado por investigadores mexicanos (17, 20). En este sentido, en la práctica clí-

nica, se observa que los pacientes hospitalizados pasan la mayor parte del día en posición decúbito supino, siendo la región sacra y los talones las zonas de más apoyo.

El número promedio de UPP encontrado, es de 1,3 (DS= 0,69) lesiones por paciente, dato que se asemeja a lo reportado en otros estudios en donde el promedio fue de 1,9 (14, 21). En cuanto al número mínimo y máximo de UPP, este fluctúa entre 1 y 5, también hay coincidencia con la literatura (14,21). Se hace necesario destacar también el hecho que el 70,2% de los pacientes presentaron sólo una lesión, mientras que un 29,8% tuvo dos o más UPP durante su hospitalización.

En relación a los estadios, los resultados concuerdan con lo encontrado en la literatura (14,21), confirmándose que los estadios I y II se presentan con mayor frecuencia. Esto podría deberse, a que en la práctica la ejecución de las medidas obligatorias y recomendadas para la prevención de UPP no se evidencian, luego no estarían siendo efectivas en su prevención o simplemente no están siendo realizadas, a pesar del alto cumplimiento del registro del equipo de enfermería de la planificación de las mismas. Sin embargo, se debe destacar que, cuando el equipo de enfermería detecta una UPP en etapa inicial las medidas terapéuticas implementadas evitan el avance de la lesión mediante la curación avanzada de heridas ya que esto coincide con la mayor cantidad de lesiones en estadio inicial, I y II.

Finalmente, los planes de cuidado programados y ejecutados tienen una falencia evidente y es que al estar basado solamente en registros, no existe la suficiente evidencia, si efectivamente están siendo ejecutados en su totalidad puesto se carece de una suficiente supervisión directa y permanente de las medidas, dado que el ratio enfermera paciente no es el óptimo. Por tanto, hay pacientes



que de igual manera desarrollan lesiones, a pesar de las medidas implementadas para ello, evidenciando que quizá no estamos siendo lo suficientemente efectivos en la prevención de las mismas.

## › Conclusiones

Se puede concluir que el perfil de los pacientes que presentan UPP en el establecimiento en estudio, está formado por hombres y mujeres en similares proporciones, con un rango amplio de edad, hospitalizado en servicio quirúrgico, con un nivel de riesgo muy alto de desarrollarlas y las cuales se presentan desde el primer día de estadía hospitalaria. Es trascendental que el profesional de enfermería analice este evento adverso, para implementar medidas de enfrentamiento efectivas que contribuyan en la mejora de la calidad de los cuidados enfermeros.

Las limitaciones de este estudio están dadas principalmente por la utilización de un sistema de notificación de eventos adversos de tipo pasivo, en donde la información está condicionada por la voluntad de notificar las UPP desarrolladas en los pacientes y no se cuenta con una búsqueda activa de los eventos, siendo la sensibilidad del sistema de vigilancia pasivo muy baja.

## › Referencias bibliográficas

1. Organización Mundial de la Salud. Temas de salud: seguridad del paciente [en línea]. [acceso 8 ene 2019]. Disponible en: [http://www.who.int/topics/patient\\_safety/es/](http://www.who.int/topics/patient_safety/es/)
2. Organización Mundial de la Salud. Alianza mundial para la seguridad del paciente. La investigación en seguridad del paciente, mayor conocimiento para una atención más segura [en línea]. 2008 [acceso 10 ene 2019]. Disponible en: [http://www.who.int/patientsafety/information\\_centre/](http://www.who.int/patientsafety/information_centre/)

documents/ps\_research\_brochure\_es.pdf

3. Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaría General de Sanidad (España). Dirección General de la Agencia de Calidad del Sistema Nacional de Salud. Estudio nacional sobre los efectos adversos ligados a la hospitalización [en línea]. 2006 [acceso 10 ene 2019]. Disponible en: <http://fidisp.org/wp-content/uploads/2017/05/Informe-ENEAS-2005.pdf>
4. Ministerio de Sanidad y Política Social (España). Estudio IBEAS: Prevalencia de efectos adversos en hospitales de Latinoamérica [en línea]. 2010 [acceso 12 ene 2019]. Disponible en: [http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2009/INFORME\\_IBEAS.pdf](http://www.seguridaddelpaciente.es/resources/contenidos/castellano/2009/INFORME_IBEAS.pdf)
5. Lancis-Sepúlveda ML, Asenjo-Araya C. Estudio de incidencia de eventos adversos en una clínica privada en Chile. *Rev Calid Asist.* 2014; 29(2):78-83.
6. Milos P, Bórquez P, Larrain S. La "Gestión del Cuidado" en la legislación chilena: interpretación y alcance. *Cien Enferm.* 2010; XVI(1): 17-29.
7. Consejo Internacional de Enfermeras. Declaración del Consejo Internacional de Enfermeras sobre la formación y la práctica profesional de los recursos humanos de enfermería en los países de habla española de América Latina y del Caribe. [en línea]. 2014 [acceso 12 ene 2019]. Disponible en: [https://instituciones.sld.cu/feppen/files/2013/04/Foro-RH-LA\\_Declaraci%C2%BE n-CIE-sobre-la-formaci%C2%BE n-y-la-pr%C3%9Fctica\\_2014.pdf](https://instituciones.sld.cu/feppen/files/2013/04/Foro-RH-LA_Declaraci%C2%BE n-CIE-sobre-la-formaci%C2%BE n-y-la-pr%C3%9Fctica_2014.pdf)
8. Vargas Z. Factores personales, laborales y contextuales del profesional de enfermería que inciden en la presencia de un evento adverso. *Rev Enfermería Actual en Costa Rica.* 2016; 31: 1-19.
9. Kingston MJ, Evans SM, Smith BJ, Berry JG.

- Attitudes of doctors and nurses towards incident reporting: a qualitative analysis. *Med J Aust.* 2004; 181(1): 36-9.
10. Edsberg LE, Black JM, Goldberg M, McNichol L, Moore L, Sieggreen M. Revised national pressure ulcer advisory panel pressure injury staging system: revised pressure injury staging system. *J Wound Ostomy Continence Nurs.* 2016; 43(6):585-97.
  11. Santos CT, Almeida MA, Lucena AF. The Nursing Diagnosis of risk for pressure ulcer: content validation. *Rev Latino-Am Enfermagem.* [en línea] 2016. [acceso 8 mar 2019]; 24:e2693. Disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/es\\_0104-1169-rlae-24-02693.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/es_0104-1169-rlae-24-02693.pdf)
  12. Soldevilla JJ, Torra JE, Posnett J, Verdú J, San Miguel M, Mayan JM. Una aproximación al impacto del coste económico del tratamiento de las úlceras por presión en España. *Gerokomos.* 2007;18(4): 201-210.
  13. Parra DI, Camargo-Figuera FA, Rey Gómez R. Eventos adversos derivados del cuidado de enfermería: flebitis, úlceras por presión y caídas. *Enferm Glob.* [en línea].2012 [acceso 8 mar 2019]; 11(28): 170-9. Disponible en: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n28/administracion1.pdf>
  14. Barrera JE, Pedraza MC, Pérez G, Hernández P, Reyes JA, Padilla MP. Prevalencia de úlceras por presión en un hospital de tercer nivel, en México DF. *Gerokomos.* 2016; 27(4):176-81.
  15. López-Casanova P, Verdú-Soriano J, Berenguer-Pérez M, Soldevilla-Agredá J. Prevención de las úlceras por presión y los cambios de postura. Revisión integrativa de la literatura. *Gerokomos.* 2018; 29(2): 92-9.
  16. Gálvez, C, Mayorga E, Gornemann I, González MA, Corbacho JL, Jiménez M. Prevalencia y factores de riesgo de úlceras por presión. *Aten Primaria.* 2002; 30(6):357-62.
  17. Stegensek EM, Jiménez A, Romero LE, Aparicio A. Úlceras por presión en diversos servicios de un hospital de segundo nivel de atención. *Enfermería Universitaria.* 2015; 12(4):173-81.
  18. Valero H, Inés D, Rey R, Camargo-Figueroa F. Prevalencia de úlceras por presión en una institución de salud. *Salud UIS.* 2011; 43(3):249-55.
  19. Rodríguez-Nuñez C, Iglesias-Rodríguez A, Irigoien-Aguirre J, García-Corres M, Martín-Martínez M, Garrido-García R. Registros enfermeros, medidas de prevención e incidencia de úlceras por presión en una unidad de cuidados intensivos. *Enferm Intensiva* [en línea]. 2018 [acceso 10 abr 2019]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S113023991830083X?via%3Dihub>
  20. Cantún-Uicab F, Uc-Chi N. Perfil de riesgo para el desarrollo de úlceras por presión en pacientes adultos hospitalizados. *Rev Enferm IMSS.* 2005; 13(3):147-52.
  21. Real L, Diez ME, Serrano E, De la Iglesia E, Blasco I, Capa S, et al. Prevalencia de úlceras por presión y lesiones cutáneas asociadas a la humedad en el Hospital Universitario de Burgos. *Gerokomos.* 2017; 28(2):103-108.
  22. Labiano-Turrillas J, Larrea-Leoz B, Vázquez-Calatayud M, Jundeaburre-Pedroarena B, Irruarizaga-Sagredo A, Morillo-Cabezas E. Estudio de prevalencia de úlceras por presión en la Clínica Universidad de Navarra. *Gerokomos.* 2013; 24(4):184-8.
  23. Díez-Manglano J, Arnal-Longares MJ, Al-Cheikh-Felices P, Garcés-Horna V, Pueyo-Tejedor P, Martínez-Rodés P, et al. Puntuación de la escala de Norton al ingreso y mortalidad en pacientes hospitalizados en Medicina Interna. *Rev Clin Esp.*

2018; 218(4):177-184.

24. Oliveira AC, Sabino CP, Almeida AD, Santos AC. Úlcera por presión: incidencia y factores demográficos, clínicos y nutricionales asociados en pacientes de una unidad de cuidados intensivos. *Nutr Hosp.* 2015; 32:2242-52.

25. Organización Panamericana de la Salud. Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y problemas Relacionados con la Salud. Décima Revisión. Volumen 2, manual de instrucciones [en línea]. 2015 [acceso 17 abr 2019]. Disponible en: [www.deis.cl/wp-content/uploads/2018/03/CIE10-2015-Vol-2.pdf](http://www.deis.cl/wp-content/uploads/2018/03/CIE10-2015-Vol-2.pdf)

26. Ministerio Secretaría General de la Presidencia (Chile). Derecho a la Privacidad; Ley 19.628 [en línea]. 2012 [acceso 17 abr 2019]. Disponible en: <https://www.leychile.cl/Navegar?idNorma=141599>

# Habilidad de cuidado en estudiantes de enfermería de una universidad privada del sur de Chile

## Autores:

**Consuelo Valencia Aravena.** Enfermera, Magíster en Docencia Universitaria, Universidad Santo Tomás, Facultad de Salud, Escuela de Enfermería, Los Ángeles, Chile, E-Mail: consuelovalencia@santotomas.cl

**Jeritza Bascur Pettet.**

**Andrea Cáceres Córdova.**

**Fecha de Recepción:** 17.09.2019

**Fecha Aceptación:** 09.12.19

**DOI:** <https://doi.org/10.22370/bre.41.2019.2304>.

## › Resumen

**Introducción.** La habilidad de Cuidado es el conjunto de destrezas y capacidades de las que dispone un individuo para realizar acciones que ayuden a otros a crecer o a valorar su propio ser. Durante los años de formación los estudiantes deben aprender y potenciar sus prácticas de cuidado para cuando llegue el momento puedan entregarlos profesionalmente. El Objetivo principal de esta investigación fue establecer la relación entre habilidad de cuidado y nivel de formación académica en alumnos de segundo a cuarto año de la carrera de enfermería de la Universidad Santo Tomás sede Los Ángeles, Chile, en el año 2017. **Materiales y Métodos.** Investigación cuantitativa de diseño transversal y correlacional, con 222 estudiantes participantes, a quienes se les aplicó “Inventario Habilidad de Cuidado”, éste considera tres factores: Disposición de ayuda, Aprecio por la experiencia de otro y Autoconfianza. El instrumento fue validado el año 2016 y es confiable para estudiantes chilenos. **Resultados.** Los estudiantes tienen una edad promedio de 22,8 años, la mayoría tiene entre 18 y 27 años (93%), sexo femenino (79%), cursando tercer y cuarto año (63%). Entre los estudiantes de los diferentes niveles de formación no existen diferencias significativas en la habilidad de cuidado, sin embargo, el mayor puntaje se presentó en el factor “aprecio por la experiencia de otro”. **Conclusión.** Los resultados del estudio señalan que la habilidad de cuidado no se modifica con el aprendizaje teórico-práctico de la disciplina y que sexo y edad de la muestra tampoco se relacionan con esta.

› **Palabras claves:** Atención de Enfermería, Estudiante de Enfermería, Educación en Enfermería (DeCS – Bireme)

# Skill of care in nursing students of a private university in the south of Chile

## › Abstract

**Introduction.** The ability of care is the set of skills and capacity that an individual has to carry out actions that help others to grow or value their own being. During the formative years, students must learn and enhance their care practices so when the time comes, they can deliver them professionally. The main objective was to estimate the relation between care ability and level of academic training in students from the second to fourth year of the nursing career at Santo Tomás University, Los Angeles, Chile, in 2017. **Material and Methods.** quantitative research of Correlational and cross-sectional design, with a sample of 222 students, to whom "Inventory of Skill of Care" (CAI) was applied by its acronym in English, this considers three factors: Disposition of help, Appreciation for the experience of another and Self-confidence. The instrument was validated in 2016 and is reliable for Chilean students. **Results.** The students have an average of 22.8 years, most of them are between 18 and 27 years old (93%), female (79%), attending third and fourth year (63%). Among the students of the different levels of training, there are no significant differences in care ability, however, the highest score was presented in the factor "appreciation for the experience of another". **Conclusion:** The results of the study indicate that the care ability does not change with the theoretical-practical learning of the discipline and that sex and age of the sample are not related to it either.

› **Keywords:** Nursing care, Student nursing, Education nursing (DeCS – Bireme).

## › Introducción

En Chile la obligación legal, ética y social de la gestión del cuidado corresponde al profesional de enfermería (1), esto involucra también asumir el deber de asegurar la continuidad y la calidad de los cuidados para los usuarios, familia y comunidad que se atiende. En la actualidad enfermería establece diferencias entre el cuidado genérico, el cuidado profesional y el cuidado de enfermería y define este último como una actividad orientada a satisfacer determinadas necesidades, con acciones profesionales que deben coincidir con los valores, creencias y modos de vida de las personas y, al mismo tiempo, ser aquel elemento central y unificador de las prácticas de enfermería (2). Es por esto que los cuidados siguen siendo la razón de ser de la profesión, constituyen el motor de su quehacer, su foco de atención y objeto de estudio (3).

En este sentido las universidades contribuyen a formar profesionales de enfermería, con calidad y humanismo, que favorecen el reconocimiento social de la profesión y que laboran en los diversos campos de acción de la enfermería (4,5), para lograr este objetivo en el transcurso de la carrera universitaria los estudiantes deben desarrollar competencias para cumplir a cabalidad, una vez egresados, el rol profesional que le asigna la sociedad y la legislación, este es un proceso continuo de cambios y ajustes que se ve influenciada por las experiencias previas de salud vividas por el estudiante y por factores como los años cursados en la universidad, las prácticas clínicas aprobadas y dedicación a los estudios, en este proceso se desarrolla la habilidad de cuidado, entendida como la capacidad de adquirir diversos tipos de conocimientos y realizar aceptablemente aquellos deberes directamente relacionados con el cuidado del paciente (6).

El desarrollo teórico del concepto de habilidades

de cuidado tiene su origen e influencia conceptual a partir de los cuidados holísticos de Milton Mayeroff, quien los describe como "una manera de entrar en relación con otra persona que favorece su desarrollo" (7,8). En el año 1990, se propuso un instrumento que permite medir este constructo, el "Caring Ability Inventory (CAI®)", traducido al español como Inventario de Habilidades de Cuidado, por medio del cual se puede medir la habilidad de una persona para cuidar a otra (9,10). Se basa en cuatro presunciones teóricas, a saber: 1) el cuidado es multidimensional con elementos cognoscitivos y de actitud, 2) el potencial para cuidar está presente en todos los individuos, 3) el cuidado se puede aprender y 4) el cuidado es cuantificable (8,10).

Las diferencias en la adquisición de competencias y habilidades se han investigado sobre la base de datos demográficos, como la preparación educativa, el trabajo que genera experiencia, el tipo de programa educativo, la enseñanza, centrado en el currículo, la clínica y el desarrollo profesional. Sin embargo, el complejo proceso de adquisición de competencias incluye la integración de diferentes planos, como el cognitivo, afectivo y conductual (11-14), por esta razón se hace necesario utilizar instrumentos que evalúen la adquisición de competencias profesionales en enfermería que consideren elementos transpersonales y de autoconocimiento.

Estos planos pueden ser medidos a través de conceptos como la "autoconfianza", la confianza es una actitud, frecuentemente relacionada con experiencias repetidas y con la percepción realista de las debilidades y potencialidades individuales, es una variable importante en la formación de enfermeros ya que estudiantes con mayores niveles de autoconfianza tienen mayores probabilidades de ser exitosos en sus intervenciones (15). Otro constructo que puede orientar a su evaluación es el "aprecio por experiencia de otros", ya que el aprecio puede resultar equivalente al cariño o el

afecto, cuando es auténtico y no buscado, es un importante despertador que nos pone en contacto con lo mejor de nosotros mismos e incluso con facetas de nuestra personalidad que todavía no habíamos descubierto (16). Y finalmente, otro concepto asociado es la “disposición de ayuda”, en lenguaje coloquial la disposición se suele usar para dar cuenta de la aptitud que presenta una persona para realizar una determinada actividad o tarea, una persona con disposición se siente bien por resultar útil para otras personas, las personas con disposición tienden a fortalecer su carácter y a su vez mejoran su autoestima (17).

Una revisión de literatura realizada en las bases de datos Scielo y Pubmed evidencian la utilización del instrumento CAI® para la medición habilidades de cuidado en cuidadores informales o formales en diversos contextos de cuidados, pero para analizar la habilidad de cuidado en estudiantes y cómo esta se desarrolla o progresa las evidencias son escasas, existiendo en Chile sólo una publicación que evidencia la problemática (9), no obstante, es desarrollada en un contexto académico distinto al que postula esta investigación.

Es así como surge el objetivo principal de la investigación: establecer la relación entre el nivel de habilidad de cuidados con los años de formación académica de los estudiantes de enfermería de una universidad privada de la ciudad de Los Ángeles en Chile, a partir de este se desprenden los objetivos específicos que guían la investigación, a saber:

1. Identificar características sociodemográficas (edad, sexo, año de estudio) de los estudiantes.
2. Determinar el nivel de habilidad de cuidados, en términos de disposición de ayuda, aprecio por la experiencia de otros y autoconfianza en los alumnos de enfermería.
3. Relacionar el nivel de habilidad de cuidado y las

características sociodemográficas de los alumnos de enfermería.

## › Materiales y Métodos

Se realizó un estudio bajo el paradigma cuantitativo de diseño transversal y correlacional, que se llevó a cabo durante los meses de marzo a diciembre del 2017 con los alumnos de la carrera de enfermería de primer a cuarto año de la carrera de enfermería, de la Universidad Santo Tomás sede Los Ángeles, Chile.

La población estuvo constituida por 356 estudiantes vigentes a marzo del 2017. Se aplicó una estrategia censal con la idea de acceder al mayor número de estudiantes posibles, alcanzando a 222 estudiantes, equivalente al 62% del total de los estudiantes.

**Criterios de inclusión**, estudiantes de ambos sexos de la carrera de Enfermería de la Universidad Santo Tomás sede Los Ángeles que estén cursando entre 1° y 4° año de la carrera durante el año 2017. Alumnos que acepten formar parte del estudio mediante firma del consentimiento informado.

**Criterios de exclusión**, alumnos de ambos sexos de la carrera de enfermería que cursen 5° año de carrera durante el año 2017.

Las variables que se incluyeron son: sexo, edad, semestre en estudio y nivel de Habilidad de Cuidado.

El instrumento utilizado para la recolección de datos para evaluar la Habilidad de Cuidados en estudiantes de enfermería fue el “Inventario Habilidad de Cuidado” (CAI por su sigla en inglés); validado por Bustos, Rivera y Pérez el 2016 en estudiantes universitarios de enfermería chilenos (9). El instrumento se encuentra liberado para su utilización en investigación.

El instrumento está constituido por 27 reactivos dividido en tres factores:

**Factor I “Disposición de ayuda”:** reúne 14 ítems (6, 8, 11, 12, 13, 14, 15, 17, 23, 29, 30, 31, 32, 33,) generando valores entre 14 y 98 puntos.

**Factor II “Aprecio por la experiencia del otro”:** incluye 9 ítems (1, 16, 18, 19, 20, 21, 26, 34, 35), obteniéndose puntajes entre 9 y 63 puntos.

**Factor III “Autoconfianza”:** con 4 ítems (2, 25, 27, 28), alcanzando entre 4 y 28 puntos.

Cada reactivo tiene opción de respuestas tipo Likert que van de 1 a 7, en donde 1 equivale a estar totalmente en desacuerdo y 7 totalmente de acuerdo. Los puntajes más altos indican mayor grado de habilidad de cuidado para los ítems positivamente formulados y para los ítems negativamente formulados, el puntaje se invierte. Las respuestas a los ítems se suman por cada subescala dando primero un puntaje específico y finalmente uno total.

Este cuestionario presenta una consistencia interna, medida mediante el coeficiente  $\alpha$  de Cronbach de 0,80 para el factor I, de 0,67 y 0,58 para el factor II y III respectivamente, pese a lo anterior, las consistencias internas de los factores sí permiten su uso en investigación. Se debe destacar que la validación del instrumento no permite establecer un baremo de la variable por niveles (alto, medio,

bajo), solo da lugar a establecer relaciones entre las variables del estudio (8).

Se utilizó análisis descriptivo, para las variables cualitativas se aplicaron frecuencias absolutas y relativas y para las variables numéricas medidas de tendencia central (media y desviación estándar) y para la relación entre variables se aplicó correlación de Pearson, T de Student y ANOVA de un factor.

La hipótesis de investigación es que a mayor nivel de formación académica, mayor nivel de habilidad de cuidados.

Para este estudio se respetaron y justificaron los 7 principios éticos de Ezekiel Emanuel: valor social, validez científica, selección equitativa de los sujetos, proporción favorable de riesgo-beneficio, evaluación independiente, consentimiento informado y respeto a los sujetos inscritos (18). El protocolo de investigación fue aprobado por el comité de ética de la UST por medio de la resolución N° 048-17.

## › Resultados

Los resultados del presente estudio se presentan en el orden establecido para cada uno de los objetivos específicos.

OE1. Identificar características sociodemográficas (edad, sexo, año de estudio) de los estudiantes.

**TABLA 1.** CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PARTICIPANTES

		Frecuencia	%
<b>Sexo</b>	Femenino	176	79%
	Masculino	46	21%
	N	222	100%
<b>Edad</b>	Promedio	22,8	
	mín./máx.	18/40	
	D.S	3,7	
<b>Año académico</b>	1°	47	21%
	2°	37	16%
	3°	90	41%
	4°	48	22%
	N	222	100%



La tabla 1 muestra que el 79% de los participantes pertenecen al sexo femenino y el promedio de edad es de 22,8 años con un rango etáreo que fluctúa entre los 18-40 años y cursan mayoritariamente 3° año de carrera.

OE2. Determinar el nivel de habilidad de cuidados, en términos de disposición de ayuda, aprecio por la experiencia de otros y autoconfianza en los alumnos de enfermería.

**TABLA 2.** HABILIDAD DE CUIDADOS Y SUS FACTORES

	Promedio	Mínimo	Máximo	Desviación estándar	CV
Factor I "Disposición de ayuda"	76,1	43	95	8,5	11,10%
Factor II "Aprecio por la experiencia de otro"	55,7	20	63	5,1	9,10%
Factor III "Autoconfianza"	20,1	9	28	4,1	20%
Total "Habilidad de Cuidado"	151,8	99	185	13,6	9%

En la tabla 2 se observa que la percepción promedio obtenida por los estudiantes de enfermería participantes del estudio para el factor I es de 76,1 puntos (43- 95). En cuanto al puntaje para el factor II se observa una percepción promedio de 55,7 puntos (20 – 63). Para el factor III la percepción promedio obtenida fue de 20,1 puntos (9 – 28). Por

otra parte, se visualiza que las percepciones en los 3 factor se desvían en 8,5; 5,1 y 4,1% respecto de la percepción promedio, es decir, existe baja dispersión confirmándose homogeneidad en los datos.

OE3. Relacionar el nivel de habilidad de cuidado y las características sociodemográficas de los alumnos de enfermería.

**TABLA 3.** RELACIÓN ENTRE HABILIDAD DE CUIDADOS Y LA EDAD

	Edad	Sig.
Disposición de ayuda	0,01	0,86
Aprecio por la experiencia de otro	0,01	0,94
Autoconfianza	0,11	0,11
<b>Total habilidad de cuidado</b>	<b>0,07</b>	<b>0,63</b>

Análisis: Correlación de Pearson

En la tabla 3 se puede observar que existe una relación casi nula y no significativa entre la edad de los estudiantes y los factores de la habilidad de cuidado, ya que el coeficiente de correlación de Pearson para "Disposición de ayuda" es de 0,01

(sig.=0,86 no significativo), es de 0,01 para "Aprecio por la experiencia de otro" (sig.=0,94 no significativo) y 0,11 para "Autoconfianza" (sig.=0,11 no significativo), es decir, no existe relación entre la edad y los factores de las habilidades de cuidado.

**TABLA 4.** RELACIÓN ENTRE HABILIDAD DE CUIDADO Y SEXO DE LOS ESTUDIANTES

Factor	Femenino	Masculino	T	Sig.
Disposición de ayuda	76,6	74,3	1,68	0,09
Aprecio por la experiencia de otro	55,9	55,1	0,99	0,32
Autoconfianza	19,6	21,6	3,08	0,22
<b>Total habilidad de cuidado</b>	<b>152,1</b>	<b>151</b>	<b>1,16</b>	<b>0,21</b>

Análisis: T-Student

Se puede apreciar en la tabla 4 que la significancia asociada a la prueba T-Student de una muestra es mayor a 0,00 (0,09 para disposición de ayuda, 0,32 para aprecio por la experiencia de otro y 0,22 para autoconfianza), por lo tanto con una confianza del 95%

se puede concluir que no existen diferencias significativas en la percepción de las habilidades de cuidado en cuanto a los factores de disposición de ayuda, aprecio por la experiencia de otro y autoconfianza entre los estudiantes de sexo femenino y masculino.

**TABLA 5.** FACTORES DE HABILIDAD DE CUIDADO Y NIVEL DE FORMACIÓN DEL ESTUDIANTE

Factor	1° año	2° año	3° año	4° año	F	Sig.
	Promedio	Promedio	Promedio	Promedio		
Disposición de ayuda	77,6	76	76,2	74,7	0,98	0,4
Aprecio por la experiencia de otro	55,2	55,7	56,6	54,6	1,96	0,12
Autoconfianza	20,7	20	19,7	20	0,7	0,55
<b>Total habilidad de cuidado</b>	<b>153,6</b>	<b>151,7</b>	<b>152,5</b>	<b>149,2</b>	<b>0,95</b>	<b>0,42</b>

Análisis: ANOVA de un factor

En la tabla 5 se puede ver que para el factor de “Disposición de ayuda” los estudiantes que se encuentran en primer año de carrera tienen el puntaje promedio más alto en este factor con  $\bar{x}=77,6$  mientras que los que se encuentran en cuarto año tienen el puntaje promedio más bajo en esta dimensión, con  $\bar{x}=74,7$  puntos.

También se observa que para el factor de “Aprecio por la experiencia de otro” los estudiantes que se encuentran en tercer año de su formación académica tienen el puntaje promedio más alto en este factor con  $\bar{x}=56,6$  mientras que los que se encuentran en cuarto año tienen el puntaje promedio más bajo en esta dimensión, con  $\bar{x}=54,6$  puntos.

Para el factor de “Autoconfianza” los estudiantes que se encuentran en primer año de su formación académica tienen el puntaje promedio más alto en este factor con  $\bar{x}=20,7$  puntos, mientras que los que se encuentran en tercer año tienen el puntaje promedio más bajo en este factor, con  $\bar{x}=19,7$  puntos (de un máximo de 28 puntos).

Según la prueba ANOVA de un factor se puede ver que no existe evidencia suficiente para rechazar la hipótesis nula  $H_0$ , ya que los valores de significancia en los tres factores son mayores a 0,05, es decir, con confianza del 95% no existen diferencias significativas entre los puntajes de habilidad de cuidado de los estudiantes en los distintos niveles de formación académica.

## › **Discusión**

El instrumento utilizado en este estudio resulta de la modificación de uno ya existente, desarrollado en un contexto distinto al que postula esta investigación, donde se contemplaron más factores y se aplicó a cuidadores informales. Este instrumento fue modificado para su aplicación en estudiantes y resultó ser adecuado para medir habilidades de cuidado, por esta razón los resultados de la presente investigación se discuten con los por por Bustos, Rivera y Pérez el año 2016 (9), ya que es el único que utiliza el mismo instrumento y sujetos de estudio.

Producto del análisis realizado es posible destacar que desde el punto de vista sociodemográfico los participantes de esta investigación presentan un mayor promedio de edad (22,8 años) en comparación a los 20,8 de la referencia, el sexo femenino predomina en ambos estudios (9).

El análisis estadístico no mostró relación entre la edad de los estudiantes y los factores de la habilidad de cuidado, este resultado concuerda con el estudio de referencia tampoco encontró correlación entre habilidad de cuidado y edad de los estudiantes (9).

Tampoco se evidenció relación entre la percepción de las habilidades de cuidado en general o en cuanto a los factores de disposición de ayuda, aprecio por la experiencia de otro y autoconfianza entre los estudiantes de sexo femenino y masculino, resultados que también resultaron similares a los del estudio de Bustos, Rivera y Pérez (9).

También se procedió a comparar los niveles de “Habilidad de Cuidados” de los distintos niveles académicos, donde se muestra que en el factor “Disposición de ayuda” los estudiantes que se encuentran cursando el segundo semestre tienen el puntaje promedio más alto con  $x = 77,6$  puntos (de un máxi-

mo de 98 puntos), mientras que en el estudio realizado por Bustos, Rivera y Pérez el puntaje promedio más alto en este factor fue alcanzado por los estudiantes de sexto semestre con  $x = 78,0$  puntos (9).

En relación con el factor de “Aprecio por la experiencia de otro” los estudiantes que se encuentran en el sexto semestre de su formación académica tienen el puntaje promedio más alto en este factor con  $x = 56,6$  puntos (de un máximo de 63 puntos). Mientras que en el estudio de referencia el puntaje promedio más alto obtenido para habilidades del cuidado lo alcanzaron los estudiantes de sexto y octavo semestre, ambos con  $x = 54,5$  puntos (9).

Para el factor de “Autoconfianza” los estudiantes que se encuentran en el segundo semestre de su formación académica tienen el puntaje promedio más alto en este factor con  $x = 20,7$  puntos (de un máximo de 28 puntos). Mientras que en el estudio realizado por Bustos, Rivera y Pérez el puntaje promedio más alto obtenido para habilidades del cuidado en “Autoconfianza” lo alcanzaron los estudiantes de octavo semestre con  $x = 20,0$  puntos (9).

Al analizar todos los factores, podemos decir que el puntaje promedio más alto, para las habilidades de cuidado, lo alcanzaron los estudiantes que se encuentran en el segundo semestre de su formación académica, con  $x = 153,6$  puntos (de un máximo de 189 puntos). Se debe destacar que el estudio realizado Bustos, Rivera y Pérez no consideró el total de los factores (9), por ende, no existe información al respecto con la cual comparar este resultado.

Por todo lo antes mencionado es posible señalar que no existen diferencias significativas en la percepción de las habilidades de cuidado (disposición de ayuda, aprecio por la experiencia de otro, autoconfianza) entre los estudiantes en los distintos niveles de formación académica esto nos señalan que la habilidad de cuidado no se modifica con el

aprendizaje teórico-práctico de la disciplina y puede estar más ligada a la vocación y experiencias que hayan tenido los estudiantes previo al ingreso a la carrera, por tanto, todos los alumnos que ingresan a la carrera de Enfermería deben tener cierto perfil para lograr un óptimo desempeño de la profesión “debe poseer una vocación real de servicio a la comunidad, poseer una gran paciencia, empatía y ganas de solucionar los problemas que afectan a los pacientes” (14,17).

Es aquí donde podemos destacar que los alumnos que participaron de este estudio, obtuvieron el mayor puntaje en el factor “aprecio por la experiencia de otro”, parcela no menor cuando hablamos del aprecio por lo “ajeno”, es decir cuando pensamos en el principal objetivo que desempeñamos al momento de cuidar y velar por la salud de otros; como universidad y en particular para la Escuela de Enfermería estos resultados revelan un imperativo ético en la formación de futuros enfermeros: cuidar a alguien es una de las características innatas del ser humano, que implica suplir las necesidades de aquel que ha perdido la autonomía para cubrir las por sí mismo y velar por él hasta que éste sea capaz de suplirlas nuevamente.

## › Conclusiones

La habilidad de cuidado es un constructo multidimensional que abarca aspectos transpersonales y de autoconocimiento por lo que desarrollarla en el proceso formativo de los futuros profesionales contribuirá a una entrega de cuidado efectiva y ética, que favorezca el crecimiento mutuo entre quien cuida y quien recibe los cuidados, debemos entonces fortalecer el trabajo de las emociones y valores propios de la profesión en los estudiantes.

Se debe tener en consideración la importancia de la realización de este estudio; ya que es el segundo que existe a nivel nacional que evalúa la “Ha-

bilidad de Cuidado” en estudiantes de enfermería, se recomienda complementar con investigaciones bajo el paradigma cualitativo e implementar seguimiento por cohortes para evaluar si la actualización del plan de estudio con enfoque basado en competencias produce cambios hacia la esfera valórica-emocional.

Los resultados encontrados en este estudio son similares a los de Bustos, Rivera y Pérez (9) no observándose diferencias significativas al comparar el avance académico con la habilidad de cuidado, sin embargo, en el estudio de referencia los promedios más altos en los 3 factores se encuentran en estudiantes de niveles más avanzados que los de la presente investigación.

Conflictos de interés: las autoras declaran no tener ningún tipo de conflictos de interés.

## › Referencias bibliográficas

1. Milos P, Bórquez B, Larrain AI. La «gestión del cuidado» en la legislación chilena (II) estado actual. *Cienc Enferm.* [Internet]. 2011[citado 15 may 2017]; (17): 23-33. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S071795532011000300003&lng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071795532011000300003&lng=es).
2. Marriner A, Raile M. Modelos y teorías en enfermería. 7ma ed. Barcelona: Elsevier; 2011. 816 p.
3. Kérouac S, Pepin J, Ducharme F, Duquette A, Major F. El pensamiento enfermero. Barcelona: Elsevier-Masson; 1996. 167 p.
4. Pavéz A. La enfermería, realidad de ciudadanía y de género en Chile. *Cienc Enferm.* [Internet]. 2013 [citado 30 may 2017]; 19 (3): 95-102. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-955320130003000010&lng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-955320130003000010&lng=es).
5. Universidad Santo Tomás. Perfil de egreso. Enfermería [serie de internet]. 2016. [citado 14 jun

- 2017]. Disponible en: <http://www.ust.cl/carreras/enfermeria/>
6. Estefo S, Paravic T. Enfermería en el rol de gestora de los cuidados. *Cienc Enferm*. [Internet]. 2010(dic)[citado 30 may 2017]; 16(3):33-9. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?Script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532010000300005&lng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S0717-95532010000300005&lng=es).
  7. Eterovic C, Mendoza S, Sáez K. Habilidad de cuidado y nivel de sobrecarga en cuidadoras/es informales de personas dependientes. *Enferm Glob*. [Internet]. 2015 (abr) [citado 30 may 2017]; 14(38): 235-48. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?Script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412015000200013&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000200013&lng=es)
  8. Rojas M. Asociación entre la habilidad de cuidado del cuidador, el tiempo de cuidado y el grado de dependencia del adulto mayor que vive en situación de enfermedad crónica, en la ciudad de Girardot. *Av Enferm*. [Internet]. 2007 [citado 6 nov 2017]; 25(1): 33-45 Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35899>
  9. Bustos S, Rivera N, Pérez C. Habilidad de cuidado en estudiantes de enfermería de una universidad tradicional de Chile. *Cienc Enferm*. [Internet]. 2016 (ago) [citado 25 may 2017]; 22 (2): 117-27. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?Script=sci\\_arttext&pid=S07179553201600020009&lng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S07179553201600020009&lng=es).
  10. Nkongho N. The caring ability inventory. En: Strickland OL, Dilorio C. Waltz CF, Measurement of nursing outcomes: Measuring cliente self – care and doping skills. Volumen 4. New York .1990: p.3-16.
  11. Montalvo A. Los cuidadores de pacientes con Alzheimer y su habilidad de cuidado, en la ciudad de Cartagena. *Av Enferm*. [Internet]. 2007 [citado 6 nov 2017]; 25(1): 90-100 Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12813>
  12. Carrillo AJ, García L, Cárdenas C, Díaz I, Yabrudy N. La filosofía de Patricia Benner y la práctica clínica. *Enferm Glob*. [Internet]. 2013 oct [citado 15 jun 2017]; 12 (32): 346-61. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?Script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412013000400021&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000400021&lng=es).
  13. Medina J. *Pedagogía del cuidado: saberes y prácticas en la formación universitaria*. Barcelona. Editorial Laertes; 1999. 307p.
  14. Vega OM, Mendoza MK, Ureña MP, Villamil WA. Efecto de un programa educativo en la habilidad de cuidado de los cuidadores familiares de personas en situación crónica de enfermedad. *Rev Ciencia y Cuidado*. 2008; 5(1): 5-19.
  15. Martins C, Baptista C, Coutinho R, Mazzo A, Rodrigues M, Mendes A. Autoconfianza para intervención en emergencia: adaptación y validación cultural de la self-confidence scale en estudiantes de enfermería. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2014 (Ago) [citado 30 may 2017]; 22 (4): 554-61. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sci\\_arttext&pid=S010411692014000400554&lng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S010411692014000400554&lng=es).
  16. Watson J. Caring science and human caring theory: transforming personal and professional practices of nursing and health care. *J health hum serv adm*. 2009; 31(4): 466-82.
  17. Landeros-Olvera E, Salazar T. Reflexiones sobre el cuidado. *Rev Enferm IMSS* [Internet]. 2006 (Ago) [citado 30 may 2017]; 14 (3): 121-2. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=8616>
  18. Ezekiel E. ¿Qué hace que la investigación clínica sea ética? Siete requisitos éticos. Santiago (Chile): Programa Regional de Bioética OPS/OMS; 2003. p. 83-95.

# Aplicación de modelos y teorías en unidades de cuidados críticos: una revisión de la literatura

## Autores:

**María Consuelo Ávila González.** Enfermera. Especialista en Cuidados Críticos del Adulto. Enfermera Clínica. Hospital Dr. César Gavigno Burotto, Talca, Chile. E-Mail: eu.consuelo.avila@gmail.com

**Diógenes Felipe Mora Morales.** Enfermero. Especialista en Cuidados Críticos del Adulto. Enfermera Clínica. Hospital Dr. César Gavigno Burotto, Talca, Chile. E-Mail: felipe.mora@hotmail.es

**Flérida Rivera Rojas.** Enfermera. Académica, Departamento de Enfermería. Universidad Católica del Maule, Curicó. Chile. E-Mail: frivera@ucm.cl

**Paula Andrea Ceballos Vásquez.** Enfermera. Académica-Investigadora, Departamento de Enfermería. Universidad Católica del Maule, Talca. Chile. E-Mail: pceballos@ucm.cl

**Fecha de Recepción:** 27.06.2019

**Fecha Aceptación:** 06.09.2019

**DOI:** <https://doi.org/10.22370/bre.41.2019.2305>

## › Resumen

**Objetivo.** Identificar en la literatura la aplicación de modelos y teorías de enfermería en unidades de alta complejidad. **Metodología.** búsqueda bibliográfica en las siguientes bases de datos: Web of Science, Scopus, CINAHL complete, Pubmed y Scielo. Los descriptores utilizados fueron “theories of nursing” y “critical care” en inglés y “teorías de enfermería”, “cuidado crítico” en español. Inicialmente se seleccionaron 286 artículos, excluyendo 150 por no cumplir criterios de inclusión. Se realizó lectura crítica de los 66 resúmenes, quedando seleccionados 11 artículos. El análisis de los estudios se centró en buscar la aplicación de modelos y teorías. **Resultados.** se evidencia que existen estudios donde se aplican modelos y teorías en algunas instancias de cuidados, sin embargo, estas son escasas en Unidades de paciente crítico, solo las teorías de las Necesidades Humanas Básicas de Horta, el modelo de la Adaptación de Roy y la teoría de las transiciones de Meleis, fueron utilizadas. **Conclusión.** la revisión realizada permite evidenciar los esfuerzos por el uso clínico e investigativo de modelos y teorías en unidades de cuidados crítico. Sin embargo, también se muestra una gran brecha entre la práctica clínica y aplicación de modelos y teorías de enfermería a nivel nacional.

› **Palabras claves:** Teoría de enfermería, Cuidados Críticos, Modelos de Enfermería (DeCS Bireme)

# Application of models and theories in critical care units: a review of the literature

## › Abstract

**Aim:** Identify in literature the application of models and theories of nursing in high complexity units. **Methodology:** search in scientific literature database: Web of Science, Scopus, CINAHL complete, Pubmed and Scielo, through “theories of nursing”, “critical care” in English and “teorías de enfermería”, “cuidado crítico” Spanish descriptors. 286 articles were selected initially, excluding 150 for not fulfilling the selection criteria. 66 abstracts were read and 11 articles were finally selected, where the analysis was focused on the study of the application of models and theories. **Results:** it was revealed that there are studies where models and theories are applied in some care instances, however, there are very few instances that refer to their use in critical care units, just the theories of the Basic Human Needs of Horta, the model of Roy's Adaptation and Meleis's theory of transitions were applied in critical contexts. **Conclusion:** the review carried out allows to show the efforts for the clinical and research use of models and theories in highly complex units. However, there is also a large gap between clinical practice and application of nursing models and theories in Chile.

› **Keywords:** Nursing theories, Critical Care, Nursing Models (DeCS Bireme)

## › Introducción

La historia de la enfermería profesional empieza con Florence Nightingale quien posterior a su participación en la guerra de Crimea, creó una escuela de enfermería adosada al hospital St. Thomas de Londres, fortaleciendo así, la formación de enfermeras en un momento en el que éstas, no poseían educación formal para la entrega de cuidados a personas enfermas (1). Es a partir de los años 50 cuando se produce un cambio fundamental, en que las enfermeras dejan de centrar su actuar en saberes basados en la experiencia y se enfocan la observación e investigación que fueron la base para generar los modelos y teorías del cuidado (2).

Diversos autores indican que el desarrollo de teorías en enfermería son un componente esencial de la erudición enfermera, para fomentar el conocimiento de la disciplina y puntualizan que la legitimidad de cualquier profesión se construye sobre su capacidad para generar y aplicar la teoría con la finalidad de potenciar sus saberes prácticos (3). Cada disciplina o campo de conocimiento incluye un conocimiento teórico propio, por tanto, la enfermería como disciplina depende de la existencia de conocimiento enfermero por medio de sus modelos y teorías (4). A pesar, de la importancia reconocida de estos constructos teóricos para el quehacer enfermero, su uso no se evidencia en la práctica profesional, dado que muchas enfermeras centran su quehacer en acciones derivadas del diagnóstico y tratamiento médico, relegando a un segundo plano las acciones de cuidado, lo que dificulta la aplicación y utilización del conocimiento enfermero (5, 6).

Según lo expuesto, se vuelve una necesidad para enfermería el uso y aplicación de estas teorías en la asistencia, por el gran impacto que esto pudiera generar en la percepción del cuidado en las personas usuarias y en la sociedad. Al respecto, autores indican que los modelos y teorías brindan posibilidades de intervención inmediata y permiten apoyar a la persona enferma con herramientas para su cuidado y proporcionan contribuciones para enfermeros en la práctica, investigación, educación y administración en las diferentes dimensiones del cuidado (7, 8). Lo señalado debiera ser aplicable en todo tipo de unidad o servicio hospitalario, sin embargo, la ausencia de modelos de enfermería adquiere mayor relevancia en las unidades de alta complejidad como las unidades de pacientes críticos (UPC), urgencias o cuidados paliativos, donde el cuidado de las personas es más complejo, debido a su dependencia y vulnerabilidad. Las unidades de alta complejidad han sido consideradas, tradicionalmente, como áreas estresantes y despersonalizadas debido a múltiples factores: pacientes con riesgo vital inminente que son separadas abruptamente de su familia; dependencia de diversos elementos invasivos y ambiente altamente tecnologizado (9). Enfermería en estas unidades, se ha centrado en la tarea técnica y en actividades derivadas del diagnóstico médico, el manejo de la tecnología, actividades rutinarias parcializadas y mecanizadas, desplazando el cuidado a la voluntad de cada uno de los profesionales que aquí se desempeña. De esta manera, se hace imperiosa la necesidad de sustentar la práctica clínica de Enfermería de las unidades de alta complejidad, con fundamentos teóricos disciplinares lo que permitiría evitar



que la práctica se centre en la tarea y genere un cuidado vacío (10). Por otra parte, expertos señalan que en la actualidad existe una brecha entre la docencia, la asistencia y la investigación en enfermería, respecto a la aplicación o uso de modelos y teorías (11).

Finalmente, y según lo expuesto en los párrafos anteriores, es que el objetivo de este manuscrito fue identificar en la literatura la aplicación de modelos y teorías de enfermería en unidades de cuidados críticos.

## › Metodología

Revisión narrativa, para responder a la pregunta estructurada: ¿Las enfermeras utilizan los modelos y teorías en unidades de cuidado crítico para la programación de sus cuidados en los últimos diez años?, para la cual se utilizó estrategia PICOT (12).

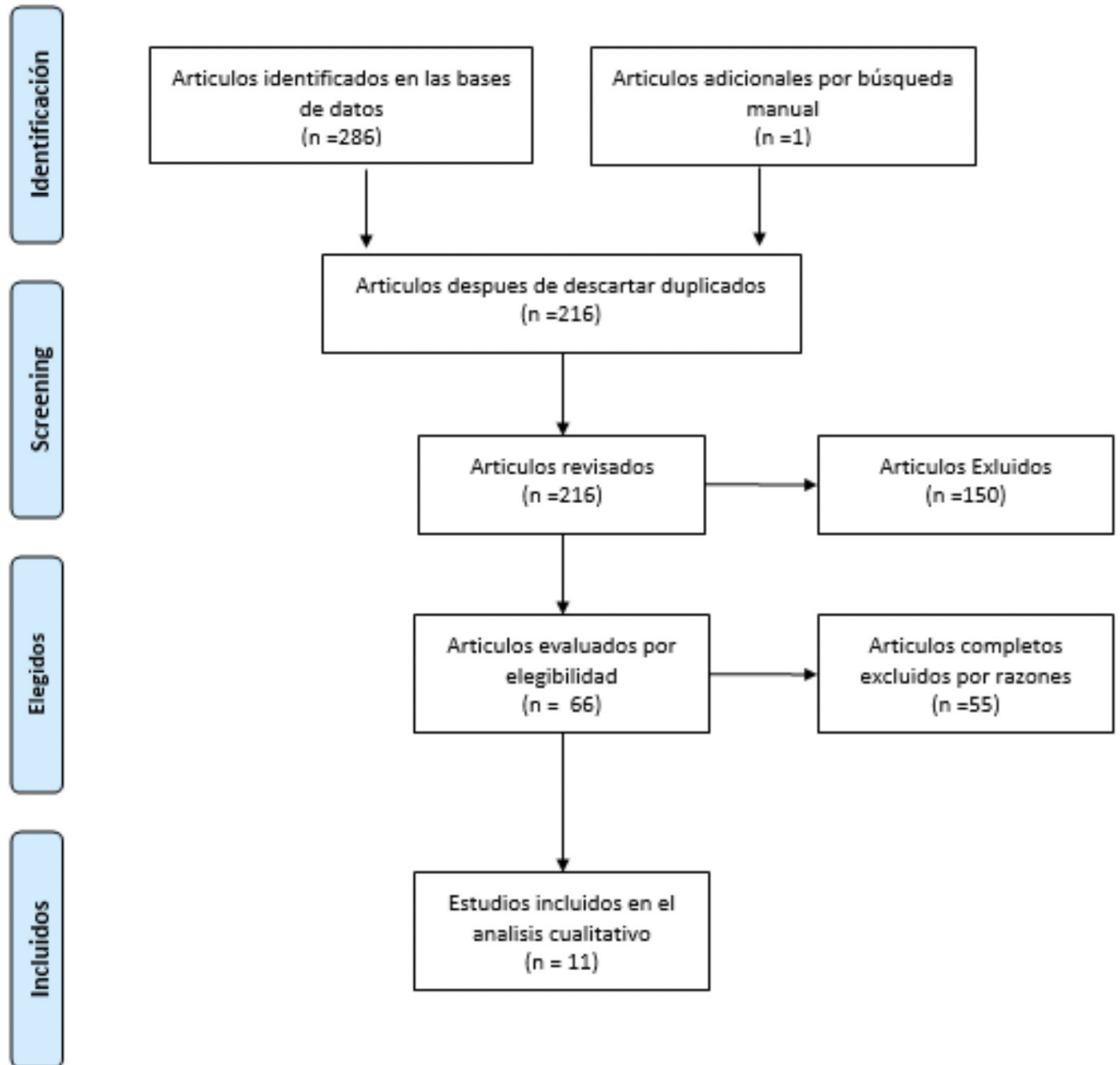
Para lo señalado, se realizó búsqueda en la literatura científica en las bases de datos, Web of Science (WOS), Scopus, CINAHL complete, PubMed y SciELO, utilizando los descriptores en ciencias de la salud (DeCS): “theories of nursing” y “Critical Care” en inglés, y “teorías de enfermería”, “cuidado crítico” en español. Se diseñaron ecuaciones de búsqueda con el operador booleano AND.

Los criterios de inclusión fueron: artículos de investigación cuantitativa y cualitativa publicados en los últimos 10 años (2009-2018), en idioma español, portugués e inglés y accesible a texto completo (open access). Las etapas desarrolladas fueron las siguientes: planteamiento de la pregunta, búsqueda en la literatura de la infor-

mación a partir de buscadores y bases de datos electrónicas, análisis de la literatura, redacción de los resultados.

Para la recolección de los datos se utilizó un instrumento de elaboración propia que incluyó los siguientes Ítems: identificación de los autores, base de datos, tipo de artículo, abordaje metodológico, diseño de estudio, muestra, resultados importantes para la revisión y conclusiones. En la selección y recuperación de los estudios que cumplieron los criterios de inclusión: se localizaron 286 artículos en las bases de datos ya descritas, de los cuales 71 estaban duplicados, luego se excluyeron 150 artículos que no cumplían con los criterios, quedando 66 artículos, los cuales fueron sometidos a lectura crítica, de título y resumen o abstract. De estos se identificaron 11 artículos que aplicaban modelos y teorías de Enfermería en unidades de cuidados críticos. La sistematización de la revisión se resume en el flujograma que se presenta a continuación Figura 1.

FIGURA 1. SISTEMATIZACIÓN DE LA BÚSQUEDA DE LITERATURA



## › Resultados

La revisión permitió localizar 11 artículos que se describen en la Tabla 1. Se indica que el 36,3% de artículos fueron publicados el año 2016. Un 36,4% fueron localizados en la base de datos Web of Science. Respecto al país de donde se realizó el estudio, se evidencia que Brasil es el país más productivo respecto al tema con un 63,6% de las publicaciones. Finalmente, respecto a la metodología utilizada en los artículos localizados, destaca que un 45% son de abordaje cualitativos.

Por otra parte, se evidencia que existen estudios donde se aplican modelos y teorías, sin embargo,

son escasas las instancias que refieren su uso en unidades de alta complejidad, encontrándose solo las teorías teoría de las necesidades humanas básicas de Horta (8,13), la teoría de las transiciones de Meleis (14, 15) y el modelo de adaptación de Callista Roy (16, 17). Llama la atención, que dentro del análisis surgen referentes teóricos que se están desarrollando, como es la teoría de la comprensión facilitada (18). Del análisis realizado, destaca que existen estudios que utilizaron otras teorías que no son propias de enfermería, pero fueron ingresados ya que describían acciones que guiaban la programación de los cuidados para prevenir accidentes y que fueron aplicadas en contextos críticos (19, 20).

**TABLA 1.** ARTÍCULOS SELECCIONADOS PARA EL ANÁLISIS

Año/Lugar/base de datos	Objetivo	Abordaje/Muestra/Teoría	Resultados	Conclusión
E1(8) (2011) Brasil Búsqueda Manual	Realizar plan de atención de enfermería sistematizada, para un paciente en estado de coma que sufrió un accidente cerebrovascular hemorrágico, según la Teoría de las Necesidades Humanas Básicas de Horta.	Estudio cualitativo. Estudio de un caso. Teoría de necesidades humanas de Horta	En la planificación se establecieron metas y objetivos, y posteriormente fue realizada la prescripción de enfermería	La Teoría de las Necesidades Humanas Básicas puede mejorar los cuidados, del cliente afectado por un accidente cerebrovascular.
E2(14) (2013) Escocia WOS	Explorar las necesidades psicosociales de los pacientes dados de alta de cuidados intensivos.	Estudio cualitativo. 20 personas Teoría de las Transiciones de Meleis	Los participantes describieron una sensación de desconexión en relación a la debilidad y dependencia. Refirieron sentirse afligidos por una supuesta falta de entendimiento, la indiferencia o la falta de sensibilidad entre el personal de sala para satisfacer sus necesidades básicas. La negociación de la transición entre la dependencia y la independencia fue identificada como una fuente significativa de angustia después de la transferencia de unidad. Los participantes variaron en la medida en que fueron capaces de expresar sus necesidades y negociar la recuperación dentro de los límites mediados profesionalmente.	Estos datos proporcionan nuevos conocimientos sobre los orígenes putativos de la angustia psicosocial que los pacientes experimentan después de la transferencia a sala general

Año/Lugar/base de datos	Objetivo	Abordaje/Muestra/Teoría	Resultados	Conclusión
E3 <sup>(18)</sup> (2014) Brasil SciELO	Elaborar una propuesta de gestión que permita brindar cuidado de calidad y excelencia a la familia de los pacientes en cuidado crítico.	Análisis y aplicación de la teoría de la comprensión facilitada desde la perspectiva del Sistema Conceptual-Teórico Empírico y el modelo de marco lógico.  Utilizó la teoría de la comprensión que deriva del modelo de adaptación de Roy y de la teoría de la información organizacional de Weick	Se presenta un plan de cuidados, hecho desde la teoría de la comprensión facilitada y las taxonomías NANDA, NIC, NOC. Muestra aspectos inherentes a la valoración, resultados e intervenciones de cuatro diagnósticos prioritarios de las posibles situaciones más frecuentes que la familia debe enfrentar cuando un ser querido está en una condición crítica de su salud.	Un plan de cuidados estandarizado basado en la teoría de la comprensión facilitada es una estrategia de aplicación del conocimiento de enfermería que consolida un modelo de atención integral que favorece la visibilidad, continuidad, eficiencia, calidad y excelencia del cuidado, y por otra parte, disminuye la hostilidad que para los familiares de los pacientes genera la experiencia del cuidado intensivo.
E4 <sup>(21)</sup> (2014) Chile Scopus	Conocer las características de la comunicación con pacientes con VMI que aplica elementos de la Teoría Fundada para el proceso de análisis y utilizó como técnica de recolección de datos grupos focales de enfermeras y técnicos de enfermería que realizan cuidado directo a pacientes con VMI en una UCI.	Investigación de diseño cualitativo.  19 personas  Utilizó la Teoría Fundada, para el análisis y la asociación de conceptos,	Los hallazgos permiten describir las principales características de la comunicación con estos pacientes identificando los medios y las formas utilizadas por el equipo de enfermería. Los momentos en que ocurre la comunicación, los beneficios y las barreras percibidas por el grupo de participantes, sin embargo, no se llega a establecer una categoría central con las estructuras y definiciones del proceso dentro de la misma, por lo que se requerirían nuevas investigaciones	A partir de estos hallazgos se espera contribuir al cuerpo de conocimientos de la disciplina de enfermería y fortalecer la gestión del cuidado que realiza el Equipo de enfermería en las UCI
E5 <sup>(22)</sup> (2015) Brasil WOS	Identificar los errores en el cotidiano de la atención de enfermería en terapia intensiva y analizarlos según la teoría del error humano.	Estudio cualitativo.  36 profesionales del equipo de enfermería.  Teoría del error humano, modelo del queso Suizo	El error humano en la atención de enfermería puede ser relacionado a la aproximación del sistema, a través de las fallas activas y condiciones latentes. Las fallas activas son representadas por los errores en la administración de medicamentos y no elevación de las grades de las camas. Las condiciones latentes pueden relacionarse a las dificultades en la comunicación entre el equipo multiprofesional, falta de normas y rutinas institucionales y ausencia de recursos materiales	Los errores identificados interfieren en el cuidado y recuperación de los clientes, y pueden causar daños. Sin embargo, son tratados como ocurrencias comunes e inherentes al cotidiano. Se destaca la necesidad de reconocimiento de estas ocurrencias, estimulando la cultura de seguridad en la institución

Año/Lugar/base de datos	Objetivo	Abordaje/Muestra/Teoría	Resultados	Conclusión
E6 <sup>(19)</sup> (2015) Brasil WOS	Validar la Escala de Confort para Familiares de personas en estado crítico de salud	Estudio cuantitativo.  274 familiares de personas adultas, internadas en seis unidades de terapia intensiva  Teoría de Confort de Kolcaba	Por medio de un análisis por componentes principales, se obtuvo una escala con 55 ítems distribuidos en 4 factores: seguridad, soporte, interacción familiar e integración consigo y con lo cotidiano.  El análisis del poder discriminador de los ítems, realizado por el coeficiente de correlación ítem-total, mostró buena relación de los ítems con sus respectivos factores. El examen de confiabilidad de la escala, realizado por medio del análisis de consistencia interna, presentó un coeficiente Alfa de Cronbach elevado para los 4 factores y la medida general	La Escala de Confort presentó parámetros psicométricos satisfactorios, constituyéndose en el primer instrumento válido para la evaluación del confort de familiares de personas en estado crítico de salud. La investigación avanzó en la construcción de un referencial teórico sobre el confort, y suministró al equipo de salud una medida guiada en evidencias empíricas.
E7 <sup>(16)</sup> (2016) Colombia Scielo	Evaluar los efectos de dos tipos de baño en cama: seco y tradicional, frente a la respuesta adaptativa en modo fisiológico de Roy en paciente crítico cardiovascular.	Estudio cuantitativo de diseño cuasi-experimental, pre y postest.  El grupo experimental fue de 36 pacientes, a quienes se les realizó baño en cama seco; el grupo control fue de 36 pacientes, a quienes se les realizó baño en cama tradicional  Teoría de la adaptación de Roy	Se encontró un efecto benéfico con significancia estadística durante la realización del baño en cama en seco, puesto que los indicadores de tensión arterial y frecuencia respiratoria no presentaron respuestas inefectivas ( $p \leq 0,05$ ). Por otra parte, las variables duración del baño y cuidados adicionales fueron satisfactorias en comparación con el baño en cama tradicional.	Los resultados permiten recomendar el uso del baño en cama en seco en paciente crítico cardiovascular, en virtud de los efectos benéficos que facilitan los procesos de adaptación, contribuyendo así a cualificar el cuidado en este tipo de pacientes.
E8 <sup>(15)</sup> (2016) Brasil Scopus	Analizar la aplicación del modelo de evaluación de teorías propuesto por Meleis en estudios brasileños.	Revisión integradora  16 artículos  Teoría de enfermería Meleis	De las cinco fases propuestas para el análisis de teorías de Meleis, los 16 estudios seleccionados ratificaron la utilización de apenas tres de ellas: Descripción de la Teoría, Crítica de la Teoría y Análisis de la Teoría, con predominio de una única unidad de análisis en cada una de ellas	El análisis de teorías de enfermería proporciona contribuciones para enfermeros en la práctica, investigación, educación y administración en las diferentes dimensiones del cuidado. Ese modelo de Meleis se impone como de gran importancia por contribuir  para el desarrollo del conocimiento de la disciplina de Enfermería, teniendo en vista que su utilización como método permite reflexiones  diversas sobre las teorías, con el intención de que las mismas sean revaluadas para subsidiar una mayor aplicabilidad teórico-práctica

Año/Lugar/base de datos	Objetivo	Abordaje/Muestra/Teoría	Resultados	Conclusión
E9 <sup>(20)</sup> (2016) Brasil WOS	Identificar la ocurrencia de errores en el uso de equipos por parte de enfermeras que trabajan en cuidados intensivos y analizarlos en el marco de la teoría del error humano de James Reason.	Estudio de campo cualitativo 8 enfermeras.  Teoría del error humano de James Reason	Los resultados evidenciaron que las enfermeras participantes tienen fallas de memoria y atención en el manejo de las bombas de infusión, así como también, en la planificación durante la programación de los monitores.	Los errores causan eventos adversos que comprometen la seguridad del paciente. Los autores proponen la creación de un instrumento para el control diario de los equipos, con controles a lo largo del proceso de trabajo en la programación de bombas de infusión y monitores, para reducir fallas.
E 10 <sup>(23)</sup> (2016) Colombia Scielo	Describir y analizar teorías de enfermería que pueden guiar la investigación y la práctica en cuidado paliativo	Estudio de revisión 25 artículos  Teoría del confort de Kolcaba  Teoría final tranquilo de la vida Ruland y Moore  Teoría de autotranscendencia de Reed  Teoría de la incertidumbre de Mishel	El análisis de cuatro teorías de rango medio y su relación con el cuidado paliativo ratifican la importancia de contar con marcos de referencia que orienten la práctica clínica y la investigación enfermería. No obstante, a pesar de lo esperado, se encuentra limitada la producción científica que evidencie el alcance de estas teorías con indicadores de impacto para el paciente o su familia en el campo del cuidado paliativo.	Existen teorías de enfermería relacionadas con cuidado paliativo que requieren mayor exploración y uso en el contexto local, de forma que puedan orientar la investigación en el área y el desarrollo de intervenciones que cualifiquen la práctica con evidencia de impacto sobre los usuarios y sus familias.
E11 <sup>(17)</sup> (2017) Brasil Scopus	Establecer relación de los diagnósticos de enfermería presentes en el dominio seguridad y protección de NANDA Internacional con los problemas adaptativos del modelo de Roy para pacientes en unidad de cuidados intensivos (UCI)	Estudio cuantitativo 86 pacientes  Modelo de la adaptación de Roy	Entre los diagnósticos de enfermería del dominio seguridad y protección, 29 estuvieron presentes con frecuencias variables. En cuanto a los relacionados con los problemas adaptativos propuestos por Roy, se evidenciaron 12 problemas adaptativos en cuanto al modo adaptativo fisiológico, que abarca las categorías de sentidos, protección, oxigenación, actividad y reposo y nutrición.	Se encontró relación entre los diagnósticos de enfermería del dominio seguridad y protección y los problemas adaptativos del modelo de Roy para pacientes en cuidados intensivos.

## › **Discusión**

Respecto a los hallazgos, se puede demostrar que existe evidencia en el uso de modelos y teorías para la práctica clínica en enfermería en Unidades de paciente crítico.

El análisis visibiliza que los enfermeros intentan usar modelos y teorías que faciliten la programación de cuidados dirigidos al usuario (binomio enfermero-paciente), al parecer, las teorías son aplicables siendo útiles en la práctica, promoviendo un clima favorecedor para el crecimiento personal del cuidador y de las personas cuidadas (8, 14, 16, 17, 20-22). Otros autores, explican la relación entre el cuidador y la persona que recibe el cuidado, donde el profesional de enfermería expresa y comparte conocimientos, sensibilidad, habilidad técnica, respetando su espiritualidad, con dignidad y ética, es decir, ayudándolo a crecer (24, 25). Así como también, brinda posibilidades de intervención, de acción inmediata, e igualmente brinda al usuario las suficientes herramientas de cuidado.

A pesar de su importancia, expertos indican que su uso es limitado en la práctica clínica diaria, tanto que muchas veces se desarrolla sin teoría (7,27). Lo expuesto pudiera ser explicado por diversos factores como la insuficiente formación en el pregrado de las escuelas de enfermería, la desidia de los profesionales de enfermería en realizar el proceso enfermero en base a las teorías y por último la influencia del modelo biomédico sobre profesión de enfermería. Se indica que la divulgación de esta revisión procura evidenciar la relevancia que tiene la aplicación de las teorías en la práctica clínica, invitando a enfermeros y enfermeras a su utilización.

Por otra parte, los resultados permiten afirmar que también hay preocupación por la satisfacción de necesidades de la familia de la persona en situa-

ción crítica de salud (binomio enfermero-familia) (18, 19). Lo indicado se visualiza en los artículos donde se utiliza la propuesta de teoría de rango medio de Davidson, la teoría de la comprensión facilitada inspirada en el modelo de Roy y la teoría de la información organizacional de Weick (18) y para la satisfacción de necesidades de confort de familiares utilizando la escala de confort para familiares de personas en estado crítico de salud con lo que se logró avanzar en la construcción de un referente teórico sobre el confort (19).

La información encontrada evidenció el aporte de las teorías al entorno de los usuarios, promoviendo un clima favorecedor para el crecimiento personal del cuidador y de las personas cuidadas, sumado a que la familia puede desarrollar y compartir su ser, su conocimiento y sus necesidades favoreciendo el proceso transpersonal del cuidar. Expertos indican desde otros estudios, que el cuidado debe ir más allá de la persona a cuidar, ya que debe involucrar a la familia (26). Otros autores puntualizan que el profesional de enfermería debe hacer un reconocimiento especial a la familia de la persona enferma, aproximándose a ella y ayudándole a entender el significado de la experiencia de la enfermedad, convirtiéndola también en su sujeto de cuidado (24).

En los estudios localizados se evidencia que los enfermeros utilizan modelos y teorías en la práctica, investigación, educación y gestión de cuidados (5, 15, 23). Se destaca que los modelos más utilizados en las unidades de cuidados críticos son el modelo de adaptación (16, 18, 24), la teoría de las transiciones (14, 15), el modelo de las necesidades de Horta (8). Autores indican que su uso se fundamenta debido a que sirven como guía para el proceso de enfermería, sustentan la práctica desde la disciplina, lo que permite fortalecer el conocimiento el área asistencial e investigativa proporcionando marcos

de referencia que orientan la práctica (7, 24, 26).

Por otra parte, se evidencian que los profesionales de enfermería utilizan otras teorías, para sustentar sus estudios. Se destaca el uso de la teoría del error Humano (o del queso Suizo), especialmente para responder a aspectos de calidad y seguridad para usuario (20,22). Finalmente, se indica que la búsqueda arrojó un estudio que utilizaba la teoría fundada (Grounded Theory) (21), es interesante clarificar que dicha teoría es un tipo de metodología cualitativa, autores puntualizan que esta estrategia metodológica permite a las profesiones de enfermería contextualizar el cuidado y comprender mejor la experiencia subjetiva de las personas para proporcionar una atención holística y competente (28), sin embargo, no parte de un cuerpo teórico-epistemológico.

## › Conclusiones finales

Se concluye que la revisión realizada permite evidenciar los esfuerzos de algunos países, como Brasil, por el uso clínico e investigativo de modelos y teorías en unidades de alta complejidad, como las unidades de cuidados críticos. Sin embargo, también se muestra una gran brecha entre la práctica clínica y aplicación de modelos y teorías de enfermería a nivel nacional.

Los resultados obtenidos generan un conocimiento clave para tomar conciencia e incentivar al empoderamiento de los profesionales de enfermería en las unidades donde ejercen y busquen formas de aplicar teoría y realizar investigación. Se debe reconocer la importancia del pensamiento crítico bajo modelos teóricos, independiente de su origen disciplinar, con los cuales se podrá resolver problemas complejos y facilitar la toma de decisiones de forma innovadora, incorporando a la persona críticamente enferma y su entorno, con el propósito de brindar un cuidado holístico.

Finalmente se explicita, que el rol del profesional de enfermería es asegurar y divulgar conocimiento, para fortalecer la autonomía profesional. Como limitaciones del estudio, se indica que el escaso número de estudios sobre aplicación de modelos y teorías de enfermería en unidades de alta complejidad, por lo que se insta a desarrollar investigaciones al respecto y publicar los hallazgos de los mismos, con la intención de robustecer el crecimiento disciplinar y profesional de enfermería.

## › Agradecimiento

Los autores agradecen al Centro de investigación del Cuidado Universidad Católica del Maule, por la colaboración en la estructura y desarrollo de este manuscrito.

## › Referencias bibliográficas

1. Raile M, Marriner A. Modelos y teorías en enfermería. 9na ed. España: Elsevier; 2018. 616 p.
2. Arribas A, Araque J, García A, Hernández A, Rodríguez A. Modelos conceptuales del cuidado. Fundamento del cuidado. 3ra ed. Madrid (España): Departamento de Metodología e innovación del cuidado; 2017. 334 p.
3. Butts J, Rich K. Philosophies and theories for advanced nursing practice. 2da ed. Canada: Jones & Bartlett; 2011. 700 p.
4. McCrae N. Whither nursing models? The value of nursing theory in the context of evidence-based practice and multidisciplinary health care. J adv nur. 2012; 68 (1): 222-9.
5. Ceballos P. Desde los ámbitos de enfermería, analizando el cuidado humanizado. Cienc Enferm. 2010; 16(1): 31-5.
6. Veliz L, Ceballos P, Valenzuela S, Sanhueza O. Análisis crítico del paradigma positivista y su in-



fluencia en el desarrollo de la enfermería. *Index Enferm.* 2012; 21(4):224-8.

7. Ángel-Ángel Z, Duque Castaño G, Tovar Cortes D. Cuidados de enfermería en el paciente con enfermedad renal crónica en hemodiálisis: una revisión sistemática. *Enferm Nefrol.* 2016; 19 (3): 202-13

8. Ribeiro A, Nogueira da Silva A, Ferreira A, Menezes Rodrigues J. Cuidado de enfermagem sistematizado ao portador de acidente vascular encefálico de cordo com a teoria das necessidades humanas básicas. *Enfermagem Brasil.* 2011 (sept); 10 (5):302-8.

9. Ceballos P, Rolo G, Hernández E, Díaz D, Paravic T, Burgos M. Psychosocial factors and mental workload: a reality perceived by nurses in intensive care units. *Rev. Latino-Am Enferm [Internet].* 2015; 23(2): 315-22. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0044.2557>.

10. Avilés L, Soto C. Modelos de Enfermería en Unidades de Paciente Crítico: un paso hacia el cuidado avanzado. *Enferm glob.* [Internet]. 2014; 13(34):323-9. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412014000200015&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412014000200015&lng=es).

11. Piedrahita-Sandoval L, Rosero-Prado A. Relación entre teoría y praxis en la formación de profesionales de enfermería: revisión integradora de literatura. *Enferm.glob [Internet].* 2017; 16(47). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.3.269261>

12. Peñaherrera C, Soria J. Pregunta de investigación y estrategia PICOT. *Rev Med. FCM-UCSG.* 2015; 19(1): 66-9.

13. Perão O, Zandonadi G, Hernández Rodríguez A, Dos Santos Fontes M, Pereira do Nascimento E, Atherino do Santos E. Patient safety in an intensive care unit according to Wanda Horta's

theory. *Cogitare Enferm.* [Internet]. 2017; (22)3: e45657. Disponible en : <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v22i3.45657>

14. Ramsay P, Huby G, Thompson A, Walsh T. Intensive care survivors' experiences of Ward-based care: Meleis' theory of nursing transitions and role development among critical care outreach services. *J Clin Nurs.* 2013; 23: 605-15.

15. Neto J, Marques D, Fernandes M, N´brega M. Meleis' Nursing Theories Evaluation: integrative review. *Rev Bras Enferm.* 2016; 69 (1):162-8.

16. Florez JM, González RV, Guerra K. Modelo de adaptación de Roy en el baño en cama. *Av Enferm.* [Internet]. 2016; 34(3): 215-25. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15446/av.enferm.v34n3.48780>

17. Dantas A, Nogueira I, Vitorino A, Tinõco J, Frazão C, Lira A. Diagnósticos de Enfermagem e modelo adaptativo de Roy: análise em pacientes críticos. *Aquichán.* 2017; 17(3):316-27.

18. Bernal D, Horta S. Cuidado de enfermería para la familia del paciente crítico desde la teoría de la comprensión facilitada. *Enferm Univ.* [Internet]. 2014; 11(4):154-63. Disponible en: <http://www.index-f.com/reu/11pdf/154163.pdf>

19. Freitas K, Menezes I, Mussi F. Validación de la escala de confort para familiares de personas en estado crítico de salud. *Rev Latino-Am. Enferm.* [Internet] 2015; 23(4):660-8. Disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n4/es\\_0104-1169-rlae-23-04-00660.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n4/es_0104-1169-rlae-23-04-00660.pdf)

20. Ribeiro G, Silva R, Ferreira M, Silva G. Slips, lapses and mistakes in the use equipment by nurses in an intensive care unit. *Rev esc enferm USP.* [Internet] 2016; 69(1):162-8. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-623420160000400007>

21. Rojas N, Bustamante C, Dois A. Comunica-

ción entre equipo de enfermería y pacientes con ventilación mecánica invasiva en una unidad de paciente crítico. *Aquichán*. 2014; 14(2): 184-95.

22. Duarte S, Queiroz ABA, Büscher A, Stipp MAC. Human error in daily intensive nursing care. *Rev. Latino-Am. Enferm.* [Internet] 2015; 23(6):1074-81. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-1169.0479.2651->

23. Gomez OJ, Carrillo GM, Arias EM. Teorías de enfermería para la Investigación y practica en cuidado paliativo. *Rev Latinoam de Bioética*. 2016; 17(1):60-70. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18359/rlbi.1764>.

24. Galvis López M. Teorías y modelos de enfermería usados en la enfermería psiquiátrica. *Rev Cuid.* [Internet] 2015; 6(2): 1108-20. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v6i2.172>

25. Nava Galán M. Modelo conceptual de enfermería, su relación de la ética y bioética del cuidado con la persona y su dignidad. *Enf Neurol.* [Internet] 2012; 11(2): 91-7. Disponible en: <https://www.mediagraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene122g.pdf>

26. Gómez O, Carrillo G, Arias E. Teorías de enfermería para la Investigación y la practica en cuidado paliativo. *Rev Latinoam de Bioética.* [Internet] 2016;17(1): 60-79. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.18359/rlbi.1764>.

27. Saleh U. Theory guided practice in nursing. *J Nurs Res Pract.* [Internet] 2018; 2(1):18. Disponible en: <https://www.pulsus.com/scholarly-articles/theory-guided-practice-in-nursing-4140.html>

28. Vivar C, Arantzamendi M, López-Dicastillo O, Gordo C. La Teoría Fundamentada como Metodología de Investigación Cualitativa en Enfermería. *Index Enferm.* 2010; 19(4): 283-8.

# Instrumento para valorar la capacidad de afrontar las prácticas clínicas de estudiantes de Enfermería, basado en la teoría de modelos y modelado de roles

## Autores:

**Francisca González-Adonis.** Enfermera, estudiante de Magíster en Enfermería. Académica Escuela de Enfermería, Universidad de Valparaíso-Chile. E-Mail: francisca.gonzalez@uv.cl

**Camilo Guerrero-Nancuante.** Enfermero, estudiante de Magíster en Salud Pública. Académico Escuela de Enfermería, Universidad de Valparaíso-Chile. E-Mail: camilo.guerrero@uv.cl

**Adrián Cataldo-Ponce.** Enfermero, Centro de Salud Familiar Rodelillo, Corporación Municipal de Valparaíso-Chile. E-Mail: acataldo@cmvalparaiso.cl

**Mariana Loézar-Hernández.** Enfermera, Magíster en investigación y cuidados de enfermería en poblaciones vulnerables. E-Mail: mariana.loezar@gmail.com

**Lorena Bettancourt-Ortega.** Enfermera-Matrona. Magíster en Enfermería, Académica Escuela de Enfermería, Universidad de Valparaíso-Chile. E-Mail: lorena.bettancourt@uv.cl

Artículo desarrollado a partir de un trabajo del Magíster en Enfermería de la Universidad de Valparaíso, Módulo Bases teóricas disciplinares para el cuidado de enfermería.

**Fecha de Recepción:** 15.09.2019

**Fecha Aceptación:** 12.12.2020

**DOI:** <https://doi.org/10.22370/bre.41.2019.2306>.

## › Resumen

La disciplina de enfermería, a lo largo del tiempo ha logrado desarrollarse en torno a la investigación y al uso de teorías propias, siendo una disciplina sustentada teórica y empíricamente, aspecto que se relaciona directamente con la formación de los y las estudiantes de enfermería, quienes durante este proceso adquieren competencias técnicas y de razonamiento clínico que resultan ser experiencias prácticas significativas para el desarrollo de habilidades propias de la profesión. En este contexto, se genera una relación entre cuerpo docente y el estudiantado, donde se comprometen emociones, procedimientos, humanización y un ambiente de aprendizaje complementado con la teoría. Por consiguiente, el presente artículo tiene como propósito reflexionar, sobre la importancia de aplicar las teorías de enfermería en los y las estudiantes que asisten a práctica clínica, utilizando especialmente sus recursos en el ámbito de la valoración. A partir de ello, se propone la realización de un instrumento de apoyo al desarrollo de competencias en el área práctica, basado en la Teoría de Modelos y Modelado de roles, cuyo propósito, es que las y los estudiantes se transformen en sujetos de cuidado para el cuerpo docentes, contribuyendo así en sus procesos de aprendizaje.

› **Palabras claves:** enfermería, estudiantes, facultad de enfermería, teoría de enfermería, aprendizaje

# ***Instrument to assess the ability to confront the clinical practices of Nursing students, based on the theory of models and modeling of roles***

## **› Abstract**

*The discipline of nursing, over time has managed to develop around research and the use of its own theories, being a discipline supported theoretically and empirically. Likewise, Nursing students, during their undergraduate training, acquire technical and clinical reasoning competencies resulting in very practical learning experiences for the development of their own skills. In this context, a relationship between the teaching staff and the student body is generated, where emotions, procedures, humanization and a learning environment complemented with the theory are compromised. Therefore, the purpose of this article is to reflect on the importance of applying nursing theories to students who attend clinical practice, especially using their resources in the field of assessment. From this, it is proposed to carry out an instrument to support the development of competences in the practical area, based on the Model Theory and Role Modeling, whose purpose is that students become subjects of care for the teaching staff, thus contributing to their learning processes.*

**› Keywords:** *nursing, students, faculty nursing, nursing theory, learning*

## › Introducción

La enfermería a lo largo del tiempo y su historia se ha logrado desarrollar en torno a la

investigación y al uso de teorías propias, siendo una disciplina que sustenta su quehacer teórica y empíricamente. Las teorías de enfermería comprenden un conjunto de conceptos y supuestos relacionados entre sí, que abarcan el campo de la práctica del cuidado, enseñanza y la investigación con un sello propio en una visión de mundo particular (1).

En el campo práctico, el profesional de enfermería proyecta una imagen mental hacia el sujeto de cuidado, quien requiere de acciones propias de enfermería para mantener o reestablecer el equilibrio en el proceso de salud-enfermedad. Para ello, enfermeras y enfermeros han aplicado, en la práctica asistencial, el proceso enfermero como protocolo o guía de cuidados, siendo un elemento fundamental para la difusión de una “mentalidad enfermera” (2, 3). En esa dirección, la práctica o el cuidado empírico fundamentado en la ciencia, se torna de suma relevancia para el desarrollo de la profesión.

La “mentalidad enfermera” se comienza a gestar desde la formación, donde los y las estudiantes de pregrado se educan en espacios universitarios, los cuales ofrecen formación teórico-práctica para la adquisición de competencias. Resulta significativo para el estudiantado, las experiencias prácticas de aprendizaje, ya que constituyen puntos académicos donde se desarrollan habilidades para la gestión del cuidado y otras propias de la profesión, enmarcadas en las áreas asistencial, educativa, administrativa y de investigación, cobrando gran importancia las prácticas clínicas donde existe un alto grado de interacción entre estudiantes, docentes clínicos, personas requirentes de cuidados,

enfermeras/os asistenciales y otros profesionales sanitarios (4).

En este contexto, los y las estudiantes, deben cumplir con las distintas exigencias predeterminadas por los respectivos planes de estudios y normas de los diferentes centros asistenciales, estimándose que en éstas adquieren un aprendizaje significativo en los dominios conceptuales (aprender y saber), procedimentales (saber hacer) y actitudinales (saber ser) (4). El ámbito práctico entonces, se convierte en una unión entre el o la docente clínico/a y el estudiantado, ya que en esta atmósfera se comprometen emociones, aspectos sociales, técnicas, procedimientos, humanización y un ambiente de aprendizaje que complementa la teoría (5). La experiencia clínica, en relación con el concepto “cuidado”, posee una base preponderantemente científica y sentimental, logrando a través de este constructo y mediante el proceso enfermero, la concreción del arte del cuidar (4).

Por todo lo anterior, el siguiente artículo tiene como objetivo reflexionar sobre la importancia que el docente aplique las teorías de enfermería en la valoración de los y las estudiantes que asisten a práctica clínica. A partir de ello, se propone la realización de un instrumento de apoyo al docente para el desarrollo de competencias prácticas en el estudiantado, basado en la Teoría de Modelos y Modelado de roles, contribuyendo así en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

## › Teorías de enfermería como sustento de conocimiento enfermero

El conocimiento de la disciplina enfermera, corresponde a un conjunto de teorías que apoya y sustenta el cuidado en respuesta a necesidades humanas (6). La práctica de enfermería, por tanto,

se considera un acto social que tiende, mediante su cuerpo de conocimiento, a transformar la realidad.

Desde esta perspectiva, las teorías se construyen a partir de conceptos, modelos, proposiciones, que sirven como sustento para apoyar acciones prácticas, ayudando y explicando los enfoques adoptados por el objeto de cuidado: el ser humano. En enfermería, el cuerpo del ser humano (la persona que sufre física, psicológica, social y espiritualmente) puede entenderse como el objeto primordial en el cual se ejecuta el cuidado, lo que se traduce en la atención terapéutica basada en valores éticos (7).

Cuando se habla entonces de teorías de enfermería, se debe considerar que son la base del cuidado terapéutico (como objeto epistemológico) y se refiere a como la disciplina de enfermería estructura su práctica profesional. Es decir, a través de las teorías se genera la formalización de conceptos los cuales se transforman como un instrumento propio para dirigir la búsqueda de especificidad de enfermería, limitando de esta manera, su desempeño en relación con otros profesionales, con un cuerpo propio de conocimientos, autonomía, identidad profesional y visibilidad (8,9).

En este sentido, la Teoría de Modelos y Modelado de Roles (10) se convierte en una herramienta particular para las y los docentes de enfermería, quienes podrían utilizarla no sólo como conocimiento teórico, sino también, para implementarlo en el cuidado del estudiantado durante su práctica clínica.

La teoría fue postulada por Helen Erickson, Evelyn Tomlin ambas enfermeras y Mary Ann Swain, psicóloga, en 1983, y es considerada como una gran teoría que abarca numerosas teorías de rango medio aplicándose en una gran variedad de en-

tornos de práctica clínica, programas educativos e investigación (10). Deriva a partir de la inducción y deducción en base a experiencias de práctica, estudios empíricos y varias teorías fundamentales, entre las que se incluyen a Maslow, Erikson, Piaget, Bowlby, Winnicott, Engel, Lindemann, Seyle, Lazarus y Seligman (11).

Desde la perspectiva de esta teoría, los metaparadigmas de enfermería, es decir, la persona, entorno, salud y cuidado, deben relacionarse en un estado de equilibrio dinámico (12). Asimismo, la persona es considerada como un pilar fundamental y partícipe de su propio cuidado, es decir, un miembro legítimo en la toma de decisiones que conciernen a su situación, gozando de control sobre lo establecido y, además, se incorpora activamente de su propio plan de cuidados. En consecuencia, considera al profesional de enfermería como un facilitador del proceso, siendo este interactivo e interpersonal, lo cual permite que la persona identifique, movilice y desarrolle sus propios recursos para conseguir un estado de salud y bienestar autopercebido como óptimos (13).

En base a estos metaparadigmas, la teoría considera conceptos específicos que sustentan la práctica, destacando el concepto de "Modelos", el cual corresponde al proceso que utiliza el profesional enfermera/o a medida que va desarrollando la imagen y comprensión del mundo desde la perspectiva de la persona cuidada. El arte de los modelos, por tanto, es la creación de la imagen de una situación desde la perspectiva de la persona, generándose siempre y cuando el/la profesional acepta y entiende al otro (11).

El modelado de roles se produce, cuando el profesional de enfermería planifica y ejecuta intervenciones exclusivas para el sujeto de cuidado, lo que requiere una aceptación incondicional de la persona a medida que ésta se anima a experimen-

tar un crecimiento y desarrollo a su propio ritmo y según su propio modelo. Lo anterior se basa en el concepto de “aporte”, cuya finalidad es ayudar a la persona a conseguir una salud holística, aceptando al individuo como alguien único, importante e imprescindible para el desarrollo de su propio potencial. Asimismo, el/la enfermero/a pone a disposición elementos fundamentales en su quehacer disciplinar, bajo la perspectiva de la empatía, la cual ayuda a que el individuo sea consciente de ser aceptado y respetado tal como es, siendo esto, crucial en la movilización de los recursos necesarios a medida que se esfuerza por alcanzar un equilibrio de adaptación (13).

Además, la teoría considera que las personas comparten y se diferencian en ciertos elementos. A partir de ello, se distingue el “holismo”, concepto que considera a todas las personas como subsistemas interactivos, como el cuerpo, mente, espíritu y emoción, trabajando e influenciándose mutuamente (13). Bajo esa lógica, emanan las “necesidades básicas” las cuales, todas las personas deben satisfacer, pero sólo desde la visión del propio individuo como sujeto de cuidado. Las personas, entonces, cuentan con un “desarrollo a lo largo de la vida”, que evoluciona a través de las etapas psicológicas y cognitivas, resolviendo crisis y tareas del desarrollo, consiguiendo la fuerza y actitudes necesarias que contribuyen al desarrollo del carácter y la salud de la personalidad del individuo en su cultura (10).

Finalmente las personas tienen una necesidad instintiva de “individuación afiliada”, es decir, necesitan ser capaces de depender de los sistemas de apoyo, y a la vez, mantener una cierta independencia de ellos, necesitando también experimentar un sentido profundo de los estados de ser «yo» y de ser «nosotros» y, al mismo tiempo, percibir la libertad y la aceptación en ambos estados (11).

Esta teoría también postula, que todas las personas se distinguen entre sí, por ejemplo a través de “cualidades inherentes” que influyen en el crecimiento y desarrollo del individuo, haciendo que cada uno sea único y distinto a otro (10, 11). En este ambiente surge el concepto de “adaptación” y se expresa cuando el individuo responde a factores estresantes que influyen, en distinta intensidad, en el ámbito de salud. Implica, por tanto, la movilización de recursos de superación tanto internos como externos (11). En este sentido, la teoría da cuenta a través de la relación cuerpo y mente, que todas las personas quieren desarrollar su máximo potencial y ser lo mejor que puedan (10).

Para el desarrollo de cada persona es muy importante el autocuidado, esto implica el uso de conocimientos, recursos y acciones de autocuidado en salud (10). Particularmente, el conocimiento dice relación con el grado de percepción de los elementos que afectan, por su parte los recursos disponibles son todos los aspectos que el individuo tiene para resolver una situación determinada que, posteriormente, se convierte en acciones de autocuidado coherentes al conocimiento y recursos disponibles que ayudan a recuperar, mantener y promover un nivel de salud óptima y holística (13), en este caso para el estudiantado.

## › **Rol docente y estrés de los estudiantes de enfermería frente a las prácticas clínicas**

Considerando la teoría expuesta, los y las docentes de enfermería, se convierten en el principal apoyo para el estudiantado durante su periodo académico, teniendo en cuenta que el cuidado y rol que posee, el cual se expresa en permitir que

los sujetos en formación muestren su verdadero ser, es decir, el y la docente de enfermería ayuda al estudiantado a desarrollar todas sus potencialidades y posibilidades del ser (14).

Entonces el cuerpo académico que se involucra con el cuidado, sabe que será capaz de ayudar al otro a crecer a su propio ritmo, y será responsable de facilitar el crecimiento y desarrollo de sus estudiantes. Así, la relación de la enfermera/o docente con los y las estudiantes no es de dominación, sino de convivencia, no es solamente de intervención, sino de interacción, para poder asumir su propia existencia, trascender en su ser, considerándolos como su principal sujeto de cuidado (15).

El estrés se define como “aquella relación particular entre la persona y el ambiente, que es valorada por parte del individuo, como un esfuerzo excesivo o que va más allá de sus recursos, haciendo peligrar su bienestar” (16). Aplicando esta definición, se podría considerar que el estrés en el estudiantado de enfermería, específicamente durante sus prácticas clínicas, es una reacción emocional que los adapta a las situaciones adversas, pero que si sobrepasa un cierto umbral, se convierte en un factor de riesgo que les puede afectar a nivel cognitivo, emocional y fisiológico.

En este contexto, se ha comprobado que las área académica y clínica son las principales fuentes de estrés de los estudiantes de enfermería, alcanzando el 78,4% de los acontecimientos académicos estresantes y, cuando se evalúan los estresores que afectan al ámbito clínico, se ha demostrado que hasta el 50% de los casos tenían relación con el área interpersonal (17).

Diversos estudios muestran que antes de comenzar el periodo de prácticas clínicas, las situaciones más estresantes para el estudiantado de enfermería son: adquirir las habilidades necesarias para

aplicar los conocimientos teóricos y las habilidades clínicas y mantener un equilibrio entre la práctica clínica y los requerimientos del estudio teórico (18).

Sin embargo, durante el periodo de prácticas clínicas, las situaciones que provocan un mayor estrés son: la muerte de un paciente, el sufrimiento, el contacto con pacientes terminales y el afrontamiento de la muerte, situaciones de enfermedad crítica, vivenciar un paro cardiorrespiratorio, la relación entre el paciente y su familia, y la diferencia entre la teoría y la práctica. Expertos proponen que los estresores fundamentales de los y las estudiantes, durante sus prácticas clínicas son: cometer errores en el trabajo, herir al paciente durante la prestación de la atención y ser herido mientras se atiende a un paciente. Otros estudios muestran que las principales fuentes de estrés en el grupo de estudiantes fueron la incertidumbre y desamparo, falta de competencia, contacto con el sufrimiento, incapacidad para controlar la relación con el paciente, relaciones con profesores y pares, ser herido por la relación con el paciente, sobrecarga, implicancia emocional, y pacientes que buscan una relación íntima (18).

Es por ello, que diversas investigaciones aconsejan la aplicación de programas educativos en los que el cuerpo docente de enfermería fomente el desarrollo socioemocional, con la finalidad de reducir el estrés y contribuir a la salud actual y futura de sus estudiantes. Es importante ya que, el momento de la práctica es cuando el estudiantado necesita mayor apoyo y asesoría por parte de sus docentes, por esto, crear un ambiente seguro durante el periodo formativo – práctico, se convierte en un factor de crecimiento profesional y personal, y no en un enfrentamiento traumático, cubriendo las deficiencias en la teoría y por ende proporcionando seguridad y confianza en la apropiación de sus conocimientos (19).



Así, los y las docentes no solamente deben instruir, sino que además deben estimular a sus estudiantes a tomar decisiones, hacer observaciones, percibir relaciones y a trabajar con indagaciones. De esta manera, la docencia debe contribuir al desarrollo de habilidades y actitudes que conducen a la adquisición de un poder técnico y también político, a fin de poder actuar en beneficio de la sociedad (20).

Por todo lo anterior, la educación para el cuidado no impone reglas, en esta educación se asumen riesgos, puesto que es un compromiso político, filosófico, ético y moral que involucra dar y recibir. El proceso de educar para el cuidado humano requiere de la concientización desde la mirada positiva, como un valor, como imperativo moral y consecuente ejercicio, debiendo contar este proceso obligatoriamente con herramientas de enseñanza que impliquen la sensibilización para consigo mismo y con otros (21).

### › **Instrumento de valoración para aplicar en estudiantes de enfermería basado en la Teoría de Modelos y Modelado de Roles**

En base a la importancia otorgado por la disciplina al cuidado de las personas y el estrés de los estudiantes de enfermería frente a las prácticas clínicas, es que se realiza una propuesta de instrumento de valoración, para ser aplicado en estudiantes abordando las dimensiones basadas en la Teoría de Modelos y Modelado de Roles, la cual contribuye entre otras cosas, a movilizar recursos de afrontamiento frente a situaciones complejas (11). Siendo esta, una teoría que apunta a la contribución del cuidado del estudiantado de enfermería por parte sus docentes.

El instrumento consta de cinco dimensiones, donde se integran factores que determinan el estrés del/la estudiante durante la práctica clínica, las expectativas frente a ella, los recursos propios y externos para afrontarla, metas en su desempeño, entre otros (ver tabla 1).

**Primera dimensión:** Datos personales del o la estudiante, valora su nombre y edad, residencia particular y lugar de residencia actual, actividad laboral e hijos si tuviesen. Lo anterior, se considera de suma relevancia, ya que cada estudiante tiene y vive con un contexto propio y particular, el cual debe conocer su docente, a la hora de contribuir en el desarrollo del afrontamiento ante situaciones de estrés. Además, contribuye a evaluar los diferentes roles que debe desempeñar el o la estudiante, ya que además de cumplir con lo académico, podría tener que dedicar parte de su tiempo libre para otras labores, limitando sus posibilidades de tiempo libre menoscabando su autocuidado.

**Segunda dimensión:** Descripción de la situación, en la cual el o la estudiante manifiesta su propia percepción y visión de mundo, según su perspectiva personal, además de la descripción de factores estresantes que vive tanto en su vida personal, como en su vida académica, dando cuenta de sus propios procesos de adaptación frente a ellos.

Tercera dimensión: Expectativas, dando cuenta de lo que desea lograr frente a la práctica clínica (como factor estresante) el o la estudiante, considerando las metas a corto y largo plazo, como también a nivel académico y personal. En esta dimensión se considera que el estudiantado debe cumplir con etapas del desarrollo a lo largo de la vida, adaptándose en forma continua y tomando en cuenta que poseen cualidades inherentes que se lo permiten.

**Cuarta dimensión:** Abarca el potencial de recursos con el que cuenta el o la estudiante. Se considera, que existen recursos externos como redes de apoyo social, familiar o de salud, que favorecen o no, el afrontamiento de situaciones de estrés. Asimismo, existen recursos a nivel interno que dan cuenta de las fortalezas y desafíos personales, y valida las sensaciones tanto físicas como psicológicas que son generadas frente al estrés.

**Quinta dimensión:** Metas y tareas vitales, la cual, contempla y releva los logros que el o la estudiante proyecta al finalizar la práctica clínica, no sólo en el ámbito académico, sino en todas sus áreas, visualizándose como un ser integral. De igual forma, esta dimensión, valora el proyecto de vida a futuro del o la estudiante, considerando todas sus áreas de desarrollo, como el académico, familiar, personal, entre otros.

**TABLA 1.** INSTRUMENTO DE VALORACIÓN BASADO EN LA TEORÍA DE MODELOS Y MODELADO DE ROLES

1. DATOS PERSONALES:		
Nombre completo:		
Edad:		
Dirección de residencia actual:		
Dirección de residencia familiar:		
Ocupación:		
Actividad laboral:		
Número de hijos/as:		
2. DESCRIPCIÓN DE LA SITUACIÓN:		
Opinión general frente a la Práctica Clínica Integrada.		
Factores que determinan estrés en general.		
Factores de la Práctica Clínica Integrada que determinan el estrés.		
Factores del contexto y vida que generan estrés e influyen en la Práctica Clínica Integrada.		
3. EXPECTATIVAS (QUÉ ES LO QUE DESEA LA PERSONA EN BASE AL PROBLEMA)		
Expectativas inmediatas frente a la Práctica Clínica Integrada	Nivel Personal	Nivel Académico
Expectativas a largo plazo frente a la Práctica Clínica Integrada	Nivel Personal	Nivel Académico

4. POTENCIAL DE RECURSOS (CON QUÉ RECURSOS CUENTA LA PERSONA PARA MEJORAR EL PROBLEMA).
Recursos Externos
Red de Apoyo Social:
Red de Apoyo Familiar u otra índole:
Red de apoyo en Salud:
Actividades para fomentar salud física, mental, espiritual, etc.:
Efectividad Redes de Apoyo (social, familiar, otra):
Recursos Internos
Fortalezas a nivel personal:
-
-
Desafíos o debilidades a nivel personal:
-
-
Sensaciones físicas frente al estrés:
Sensaciones psicológicas frente al estrés:
5. METAS Y TAREAS VITALES (PROYECTO DE VIDA, EN BASE AL DESARROLLO PSICOSOCIAL)
Proyecto de vida futuro (personal, familiar, académico, etc.)
Metas al finalizar la Práctica Clínica Integrada (personal, académico, etc.)

Se propone que este instrumento de valoración sea aplicado al estudiantado por parte del cuerpo docente, durante el primer día de práctica clínica. De acuerdo con el resultado de la valoración, el o la docente a cargo, deberá en conjunto con él o la estudiante, generar una planificación de cuidado, con la finalidad de canalizar sus mejores recursos para enfrentar la práctica clínica, ya considerada como un factor de estrés, generando el logro de las competencias necesarias según el nivel, además del aprendizaje integral y significativo, no sólo en el ámbito académico, sino también, en todas las áreas de desarrollo como individuo.

En consecuencia, el rol de modelo es uno de los medios de mayor alcance para transmitir valores, actitudes, patrones de pensamientos y comportamientos al estudiantado, pues el testimonio deja huellas en la formación del ser humano (21,23). A partir de lo anterior, se refuerza la idea, que la principal estrategia que puede mostrar el cuerpo docente es su propio ejemplo, pues este modelamiento se constituye en un referente formativo muy importante para los y las estudiantes, por lo que empoderarse de esta idea responsablemente, permite replicar aquellas prácticas de los referentes que, en el tiempo, mejorarán la calidad de la profesión en su conjunto (23).

## ► Consideraciones finales

Los y las estudiantes de enfermería, por lo general, se ven enfrentados durante su proceso de aprendizaje, a muchas situaciones que sin duda son estresantes. La incertidumbre a lo desconocido, el enfrentar a personas que no conocen o que están en una situación compleja, no es vivenciado por todos de la misma manera (16). Esta situación es explicada por el modelo constructivista, el que señala que cada persona observa y vive la realidad de manera diferente y según lo observado, por ende, cada vivencia es más o menos significativa. Por lo tanto, al observar la realidad de manera diferente entre una y otra persona, se hace necesario validar y legitimar cada experiencia (21).

La educación en enfermería debe responder a la acción comunicativa entre los sujetos, donde se oriente al estudiantado para que pueda descubrir, recordar, encontrar o reencontrar ideas, reflexiones y de esta manera, acceder a la verdad, desarrollando su capacidad de pensamiento (21). Buscar el sentido de su pensamiento y movimiento, comprendiendo así, el significado de la acción a través del diálogo establecido con otra persona, con el otro, con la persona cuidada, con el compañero, con su docente, con los familiares, con el equipo de salud y con el entorno en el cual se desenvuelve, considerando siempre su trasfondo cultural, valores, creencias, sentimientos e intereses.

El conocimiento, experiencias y vivencias en la vida cotidiana, juegan un papel importante para los y las estudiantes de enfermería, en virtud de que durante su formación han ido profundizando sus conocimientos acerca del ser humano, razón de ser de la profesión (23). Por ende, la educación actual en enfermería nos conduce a la búsqueda de un modelo educativo más humanístico, críti-

co y reflexivo, considerando al estudiante un ser integral, generando que el proceso de enseñanza- aprendizaje sea más significativo y creativo, tomando en cuenta la dimensión ético moral a través del acto educativo, que invita a reconocer al estudiante como un ser humano que vive en un contexto particular, necesario de ser conocido por parte del cuerpo docente (24).

En este sentido, la teoría de Modelos y Modelado de Roles permite adquirir una visión integral del estudiantado, inmerso en un contexto particular (11). Asimismo, la aplicación de un instrumento de valoración basado en ella, contribuye a la construcción de una relación basada en la confianza, a través de la relación docente-estudiante, buscando promover la orientación positiva, aceptando al estudiante como una persona única y valiosa, facilitando la movilización de recursos propios que le permitan enfrentarse a situaciones de estrés, como lo son las prácticas clínicas, afirmando y promoviendo las fortalezas propias, para establecer en conjunto intervenciones y metas basadas en su modelo de mundo, que contribuyan no sólo al aprendizaje académico, sino también, a su desarrollo personal y emocional.

Lo expuesto busca generar una reflexión sobre la forma de cuidar a los y las estudiantes de enfermería como principal sujeto de cuidado del cuerpo docente, sobre la importancia que se le otorga a la particularidad de cada contexto en el cual se encuentran inmersos y cómo se pueden establecer estrategias basadas en teorías de enfermería, las cuales sustentan la disciplina, para mejorar y fortalecer los procesos académicos, tanto para estudiantes, como para docentes, principalmente ante situaciones complejas y estresantes, intentando romper ciertos esquemas relacionales verticales, contribuyendo a la disciplina y a la formación de futuros profesionales enfermeras/os.

## ► Referencias Bibliográficas

1. Mesquita E, Lopes M, Carvalho A, Teixeira F, Barbosa I. Teorías de enfermería: importancia de la correcta aplicación de los conceptos. *Enferm Global*. [Internet]. 2009. [acceso 15 ago 2018]; (17). Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/240991795\\_Teorias\\_de\\_enfermeria\\_importancia\\_de\\_la\\_correcta\\_aplicacion\\_de\\_los\\_conceptos](https://www.researchgate.net/publication/240991795_Teorias_de_enfermeria_importancia_de_la_correcta_aplicacion_de_los_conceptos)
2. Gómez I, García F, López D, Ruíz B. El Proceso Enfermero como herramienta de cuidados: su aplicación en un equipo de enfermería de farmacia hospitalaria. *Index Enferm*. 2016; 25(3): 175-9.
3. Lesmes O, Torres C, Rodríguez N. Factores relacionados con la aplicación del proceso de enfermería en instituciones hospitalarias de Colombia. *Rev Cuid*. 2018 (abr); 9 (1): 2007-16.
4. Hernández A, Illesca M, Cabezas M. Opinión de estudiantes de la carrera de enfermería universidad autónoma de Chile, Temuco, sobre las prácticas clínicas. *Cienc enferm*. [Internet]. 2013. [acceso 13 may 2019]; 19(1): 131-44. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532013000100012>
5. Sanjuán A, Ferrer ME. Perfil emocional de los estudiantes en prácticas clínicas. *Acción tutorial en enfermería para apoyo, formación, desarrollo y control de las emociones*. Invest educ enferm. 2008; 26(2): 226-33.
6. Bonill C, Celdrán M. El cuidado y la cultura: Génesis, lazos y referentes teóricos en enfermería. *Index Enferm*. 2012 (jul.-sept); 21(3): 160-4.
7. Vázquez M. Filosofía y ciencia de la disciplina enfermera. *Metas enferm*. 2011 (oct); 14 (8): 67-70.
8. Cabarcas C. Transformando la Práctica del Cuidado desde el Propio Conocimiento de la Disciplina de Enfermería. *Cienc innov salud*. 2014; 2 (2): 97-104.
9. Jara F, Lizano A. Aplicación del proceso de atención de enfermería por estudiantes, un estudio desde la experiencia vivida. *Rev enferm univ*. 2016 (oct-dic); 13 (4): 208-15.
10. Erickson M. Modelos y Modelado de Roles. En: Alligood MB, Tomey AM. *Modelos y teorías de enfermería*. 7ma ed. Madrid (España): Elsevier-Mosby; 2018. p. 536-59.
11. Erickson H, Tomlin E, Swain M. *Modeling and Role Modeling: A Theory and Paradigm for Nursing*. 3era ed. EST Company; 2005. 305 p.
12. Society for the Advancement of Modeling and Role-Modeling (SAMRM). *Modeling and role-modeling (mrm) theory and paradigm*. [Internet]. SAMRM; 2011 [Actualizado 2015; Acceso 28 jun 2018]. Disponible en: <https://www.mrmnursingtheory.org/mrmoverview.html>
13. Erickson H. *Modeling and Role-modeling: A View from the Client's World*. Unicorns Unlimited; 2006. 492 p.
14. Godinho C, Lerch V, Devos E. Satisfação e sofrimento no trabalho do enfermeiro docente: uma revisão integrativa. *Rev Min Enferm*. [Internet] 2016; [acceso 13 may 2019]; 20:e939. Disponible en: <file:///C:/Users/angel/Downloads/e939.pdf>
15. Waldow V. Enseñanza de enfermería centrada en el cuidado. *Aquichán*. 2009; 9 (3): 246-56.
16. López F, López M. Situaciones generadoras de estrés en los estudiantes de enfermería en la prácticas clínicas. *Cienc enferm*. [Internet]. 2011 [acceso 11 ago 2018]; 17(2): 47-54. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532011000200006&lng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532011000200006&lng=es)
17. Cobo A, Carbonell R, Rodríguez C, Vivo I,

- Castellanos R, Sánchez A. Estresores y ansiedad de los estudiantes de enfermería en sus primeras prácticas clínicas. NURE Inv. [Internet]. 2010 (nov-dic). [acceso 20 ago 2019]; 7 (49): Disponible en: <http://www.nure.org/OJS/index.php/nure/article/view/513/502>
18. Pulido M, Augusto J, López E. Estudiantes de Enfermería en prácticas clínicas: el rol de la inteligencia emocional en los estresores ocupacionales y bienestar psicológico. Index Enferm. 2016 (sep); 25 (3): 215-9.
19. Papathanasiou I. Views and perceptions of nursing students on their clinical learning environment: Teaching and learning. Nurs Educ Tod Crece. 2013; 13:64-6.
20. Bettancourt L, Muñoz L, Merighi M, Santos M. El docente de enfermería en los campos de práctica clínica: un enfoque fenomenológico. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2011 (sep.-oct). [acceso 10 jul 2019]; 19 (5). Disponible en: [http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/es\\_18.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n5/es_18.pdf)
21. Rodríguez L, Rondón R, Varón M, Guerra A, Fernández V, Lorenzini A. Enfoque fenomenológico del cuidado humano en estudiantes de enfermería. Salus. 2015 (may - ago); 19 (2): 5-10.
22. Mansilla J, Ricouz A. Vivencia del rol docente clínico de enfermeras de hospitales del sur de Chile. Cienc enferm. [Internet]. 2016 (abr) [acceso 13 ago 19]; 22 (1): 101-11. Disponible en: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0717-95532016000100009&lng=es](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532016000100009&lng=es)
23. Barbera F, Arenas N. Modelo de pensamiento antropofilosófico en el discurso y práctica de enfermería. Salus. 2010; 14 (1): 5-12.
24. Uriarte S, Ponce G, Bernal M. Vivencias cotidianas en espacios clínicos del estudiante de enfermería. Rev enferm univ. 2016 (sep); 13 (3): 171-7.

# La realidad de las enfermedades raras en Chile: ni tan raras ni tan poco frecuentes.

## Una problemática de salud pública que no podemos ignorar.

*The reality of rare diseases in Chile: not so rare neither so little frequent.*

*A problem of public health that we cannot ignore.*

**Autores:**

**Fernanda Pérez Jorquera.** Enfermera, Asesora Científica Federación Chilena Enfermedades Raras (FECHER).

**Fecha de Recepción:** 25.10.2019

**Fecha Aceptación:** 11.11.2019

Según la estadística mundial, las “enfermedades raras” o “poco frecuentes” afectan a un 6 a 8 % de la humanidad, en cifras europeas tienen una incidencia menor a 1/2000 casos (1), extrapolado a la demografía chilena significa que cerca de 1.000.000 de chilenos podría o está padeciendo una condición genética o cuadro clínico poco estudiado por las ciencias médicas, lo cual impactará en el diagnóstico precoz el cual es vital en mucho de estos casos. Que de no llegar a tiempo generará discapacidad precoz y mortalidad prematura.

Estas denominadas “enfermedades raras” o “poco frecuentes” tienen en su mayoría origen genético con manifestaciones clínicas complejas de inicio en la infancia o adolescencia de la persona (2). Sin embargo, el diagnóstico de un alto porcentaje de afectados no llega hasta la adolescencia tardía o adultez por variados motivos: déficit de conocimientos de los equipos clínicos, difícil acceso a especialista en genética, acceso limitado a exámenes diagnósticos de alto valor económico (3), pruebas genéticas que su mayoría deben ser enviadas fuera de Chile. Y para finalizar esta tragedia psicosocial denominada en la literatura como “peregrinaje diagnóstico” (4), aparecen los “fármacos huérfanos” referidos así por su altísimo costo de elaboración y comercialización, los cuales muchas veces deben ser importados desde industria extranjera, la cual no siempre es de acceso expedito en permisos del Instituto de Salud Pública. Más aún, cuando el fármaco es tratamiento experimental y el paciente parte de un estudio clínico – farmacológico fuera de Chile. Peor aún si no cuenta con especialista en su patología en Chile y mucho menos cobertura por su sistema previsional o ley 20.850, también denominada Ley de enfermedades de alto costo (5).

Sin embargo, en Chile hay avances no menores en ayuda psicosocial a este grupo especial de en-

fermos: Garantías Explicitas en salud (GES) y Ley 20.850 (Ley Ricarte Soto) las cuales crean un sistema de protección financiero a enfermedades de alto costo, considerando cobertura universal para el diagnóstico y tratamiento de estas. Aunque es un avance, la norma sanitaria no se ajusta a la realidad esperada por los afectados, ya que sólo considera costo efectividad financiera en salud, dejando a un lado la temática psicosocial del enfermo y su entorno. Quienes en su mayoría requieren apoyos de intervención multidisciplinaria, más allá del fármaco de alto costo y de la esperable cronicidad misma de la patología que conlleva en muchos casos, por falta de intervención integral un estado de invalidez o dependencia severa mermando su calidad de vida y desarrollo humano. Generando así, una tragedia social con familias empobrecidas a causa de la salud de uno de sus integrantes, impactando no solo al enfermo sino también al grupo familiar.

Debido a lo anterior, surge la necesidad de intervenciones detallistas acorde a las necesidades de estos grupos tan especiales en salud, es menester la elaboración de datos biopsicosociales que faciliten la inversión de recursos atingente a la realidad. Respondiendo a estas necesidades la Federación Chilena de Enfermedades raras (FECHER), pondrá a disposición del país desde el día 07 de octubre de 2019 por medio de un instrumento digital, el primer catastro nacional de enfermedades raras, se trata de un instrumento diseñado por la enfermera delegada científica de FECHER junto con alumnos tesistas de Enfermería de la Universidad de Aconcagua Sede Quilpué. Validado por contenido en base al criterios de tres expertos en la temática, investigadores de distintas áreas científicas humanistas, tanto de Chile como de España.

El instrumento considera siete dimensiones que abordan el impacto biopsicosocial de la enferme-



dad en la familia, el enfermo y su cuidador. A la fecha este tipo de datos es inexistente tanto en nuestro país como en Latinoamérica, por ello la formulación y aplicación de este instrumento es considerado un hito para la investigación científica en enfermedades raras, el cual está pensado para ser aplicado de forma permanente, con la finalidad de recolectar y analizar los datos semestralmente, los que pretenden ser difundidos a la comunidad científica con un solo fin: generar estadística y evidencia contundente útil en materia de políticas públicas, como también fortalecer lazos entre investigadores y posibles beneficiados con sus estudios. De este modo, facilitar no sólo el avance científico, sino también la humanización de cifras que representan a las personas y familias afectadas por estas condiciones, las cuales en su mayoría son invisibles al sistema de salud.

## › Referencias bibliográficas

1. Repetto MG. "Raras, pero no invisibles": ¿Por qué son importantes las enfermedades poco frecuentes y qué podemos hacer al respecto?. Rev Chil Enferm Respir. [internet].2017 [acceso 05 oct 2019]; (33):9-11. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcher/v33n1/art01.pdf>
2. Sanchez S. Investigación en Enfermedades Raras. Nure Inv. [internet]. 2017 [acceso 05 oct 2019]; (86):1-2. Disponible en: <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/1140/741>
3. Campillo C, Peiró S. Enfermedades raras, medicamentos huérfanos: el valor de la orfandad. GCS. 2009; 11(4):119-26.
4. Dos Santos G, Santos MR, De Montigny F. Priority needs referred by families of rare disease patients. Texto contexto - enferm. [Internet]. 2016 [acceso 19 de nov 2019]; 25 (4): e0590015. Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n4/0104-0707-tce-25-04-0590015.pdf>
5. Raineri G. Antecedentes legales sobre enfermedades raras. Rev chil enfer respir. [Internet]. 2017 (mar) [acceso 19 nov 2019]; 33(1): 12-3. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rcher/v33n1/art02.pdf>