

ENFERMERÍA ACTIVA

REVISTA ENFERMERÍA DIGITAL DE DIVULGACIÓN CIENTÍFICA



06

EDITORIAL



ARTÍCULOS
ORIGINALES 08

Al otro lado del pijama: jornada de valores para humanizar la asistencia sanitaria

Revisión sobre el desempeño del rol del personal de enfermería y medicina en la limitación de tratamiento de soporte vital en las Unidades de Cuidados Críticos desde una visión con perspectiva de género

Humanización del cuidado en pacientes con VIH/SIDA

Humanización del cuidado en Pediatría

En el proceso de la humanización. Autonomía, vulnerabilidad y alfabetización del paciente.





INTERNATIONAL NURSING NETWORK

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Consejo de Dirección, Consejo Editorial y Comité Internacional de Evaluadores	4
Editorial	6
Artículos Originales	8
Al otro lado del pijama: jornada de valores para humanizar la asistencia sanitaria	8
Revisión sobre el desempeño del rol del personal de en- fermería y medicina en la limitación de tratamiento de soporte vital en las Unidades de Cuidados Críticos desde una visión con perspectiva de género	14
Humanización del cuidado en pacientes con VIH/SIDA	20
Humanización del cuidado en Pediatría.....	23
En el proceso de la humanización. Autonomía, vulnerabi- lidad y alfabetización del paciente.....	26
Normas de Publicación y Declaración Ética	33
Reconocimientos.....	41

CONSEJO DE DIRECCIÓN

PRESIDENTE: Domingo Muñoz Arteaga (España)

VICEPRESIDENTE: Kimm Alegría Castañeda Arellanes (México)

COORDINACIÓN GENERAL DE PUBLICACIONES: David Peña Otero (España)

VOCALES: Luz Adriana Escobar Mora (Colombia)
Martín Alberto Toranzo (Argentina)
Rafael Niñerola Guerra (España)
Mariana Beatriz Navarro (Argentina)
Renata Pietro (Brasil)
Karla Ivonne Mijangos Fuentes (México)
Luciano Clarizia (Italia)
Sonia del Pilar Abad Vásquez (Chile)
Nelson Guerra (Portugal)
Daniela Alejandra Sepúlveda Leyton (Chile)
Aida Alvarado Tenorio (Costa Rica)
M^a Virginia Cueva Talledo (Perú)
Nancy Manion Bonalumi (Estados Unidos)
Jonathan Mora Castro (Costa Rica)
Luis Alonso Ibarías Uribe (México)
Luis Arturo Ceballos Ortega (México)
Alfredo Fuente Garrot (Argentina)
Fátima Zárate Delvalle (Paraguay)
M^a Gorete Pimentel Queriós Ribeiro (Portugal)
Isabel Cristina Kowal Olm Cunha (Brasil)

CONSEJO EDITORIAL

PRESIDENTE: Domingo Muñoz Arteaga (España)

DIRECTORA: Kimm Alegría Castañeda Arellanes (México)

SUBDIRECTOR: David Peña Otero (España)

VOCALES: Mariana Beatriz Navarro (Argentina)
Nancy Mannion Bonalumi (Estados Unidos)
Luciano Clarizia (Italia)
Ángela María Esquinas Jiménez (España)
Carolina González Hernando (España)
M^a Antonia Fernández Caeiro Chora (Portugal)
María Manuela Martins (Portugal)
William Genderson Barquero Morales (Nicaragua)
Ignacio Campos Blanco (España)
Moraima Cano Valdez (México)
Rafael Martínez Calero (España)
Raiza Coromoto Rada Rodríguez (Venezuela)
Walter Hernán Muñoz Macías (Ecuador)

COMITÉ INTERNACIONAL DE EVALUADORES

Aida Maris Peres (Brasil)
Alexandre Pazetto Balsanelli (Brasil)
Aline Silva do Prado (Brasil)
Amelia M^a Brito Gracias (Portugal)
Ana Valentina Carhuacho Gómez (Perú)
Ángela María Esquinas Jiménez (España)
Anier Felipe Borrego (Cuba)
Blanca Sánchez Baños (España)
Carmen Elisabeth Kalinowski (Brasil)
Carolina González Hernando (España)
Claudio Alberto Ibero (Argentina)
Domingo Muñoz Arteaga (España)
Elaine Cristina Carvalho Moura (Brasil)
Francisco Jesús Antúnez Miranda (España)
Francisco Nieto Rosa (España)
Gabriel José Suárez Lima (Cuba)
Gerardo Jasso Ortega (México)
Guadalupe Marbel Gómez Estrada (México)
Hernán Pereira Acosta (Uruguay)
Ignacio Campos Blanco (España)
Ilda Lourenço (Portugal)
Irama Josefina López Urbina (Venezuela)
Jaime Enrique Castellanos Guevara (Venezuela)
Jonathan Mora Castro (Costa Rica)
Jorge Jara (USA)
José Antonio Ortiz Gómez (España)
José Daniel Girón (El Salvador)
José Manuel Lucio Chora (Portugal)

Julia Ortega Limón (España)
Kimm Allegría Castañeda Arellanes (México)
Luciano Clarizia (Italia)
Luis Alonso Ibarias Uribe (México)
Luis Arturo Ceballos Ortega (México)
Luz Adriana Escobar Mora (Colombia)
M^a Antonia Fernández Caeiro Chora (Portugal)
Manuel Archilla Jiménez (España)
María Isabel Morales (Venezuela)
María Manuela Martins (Portugal)
Mariana Beatriz Navarro (Argentina)
Mariot Bermúdez Soto (Venezuela)
Martín Alberto Toranzo (Argentina)
Mónica Johana Muñoz Cardona (Colombia)
Moraima Cano Valdez (México)
Nancy Mannion Bonalumi (USA)
Nidia Rosana Aquino (Paraguay)
Paula Alexandra Amaral Ramos (Portugal)
Rafael Martínez Calero (España)
Rafael Niñerola Guerra (España)
Raiza Coromoto Rada Rodríguez (Venezuela)
Sandra Maely Molina (Honduras)
Silvia Alicia Alamilla Alfonso (México)
Sulpicia Guadalupe Contreras Jasso (México)
Tatiana Piva (Brasil)
Walter Hernán Muñoz Macías (Ecuador)
William Genderson Barquero Morales (Nicaragua)



INTERNATIONAL NURSING NETWORK

ISSN: 2444-782X
REVISTA INTERNACIONAL
DE REVISIÓN POR PARES

enfermeriaactiva@inursingn.com

ENFERMERÍA ACTIVA
VOL. 5, NÚMERO XIV, Julio
2019

Liderazgo enfermero

La historia de la enfermería da cuenta de una evolución importante en cuanto a profesión y disciplina. Lo anterior ha permitido la incorporación de conceptos hoy imperativos, entre ellos la autonomía y el liderazgo, los cuales no siempre fueron considerados con el mismo valor. Estos cambios significaron el posicionamiento de la enfermería como profesión autónoma, satisfaciendo las necesidades de cuidados y asumiendo la responsabilidad de liderar la gestión de los mismos en las personas, las familias, los grupos y la comunidad, conforme a los fundamentos históricos, filosóficos, científicos y legislativos.

La autonomía y el liderazgo corresponden a conceptos necesarios en la enfermería, y si bien estos han sido cuestionados por poderes hegemónicos en el sistema de salud, surgen como deber ético producto de la profesionalización del cuidado.

Si bien la legislación ha incorporado aspectos que fortalecen el quehacer autónomo de enfermería, esto no necesariamente ha desarrollado en las profesionales la capacidad de liderar, condición necesaria en todas las enfermeras, pues la sociedad ha demandado a estas profesionales la gestión del cuidado. Para ejercer el liderazgo se requiere la aplicación del pensamiento crítico en la toma de decisiones, resolución de conflictos y también en la gestión del cuidado con estándares de calidad. El liderazgo como habilidad humana que fortalece la dirección y la gestión, se constituirá en la condición para que la enfermera y su equipo alcancen los objetivos del sistema de cuidados.

El momento histórico internacional más importante para Enfermería, en cuanto a autonomía y liderazgo se refiere, concierne a la etapa profesional de los cuidados, especialmente en la segunda mitad del siglo XX, periodo donde surge un fenómeno de búsqueda del cuerpo de conocimientos propios, destacando así los postulados en las filosofías, los modelos y las teorías de enfermería, convirtiéndola en una disciplina académica y en una profesión con su propio cuerpo de conocimientos. De esta manera, enfermería, por su concepción filosófica e histórica, se instala en una posición reconocida internacionalmente, distinguiéndola como pro-

fesión autónoma en el trabajo interdisciplinario y líder en la entrega de cuidados a las personas, familias y comunidades. El liderazgo en enfermería tiene directa relación con la iniciativa del ejercicio autónomo. El liderazgo se puede entender como la influencia para hacer que las personas se esfuercen voluntariamente hacia el logro de las metas de grupo. La enfermera deberá guiar al equipo de profesionales y técnicos a su cargo, utilizando el máximo de sus capacidades, y motivando al equipo que lidera, con la finalidad de llegar al cumplimiento no solo de las metas institucionales, sino de aquellas metas u objetivos del cuidado, entre ellas la promoción de salud en las personas y los grupos, la satisfacción de los usuarios y seguridad de los pacientes y, también, la administración de los recursos de asistencia. Teorizando al respecto, el liderazgo es un concepto que se ha instaurado en la administración y gestión de enfermería, pues ha resultado ser un elemento importante para la organización de los cuidados y para el devenir de las instituciones de salud. El liderazgo se construye a lo largo de la formación profesional y como seres humanos, y debe ser una característica necesaria en quien dirige. Lamentablemente, solo algunos la poseen, pues no todos la han sabido desarrollar. Esta cualidad permite obtener el reconocimiento del grupo, comunicarse efectivamente y resolver los problemas de manera oportuna.

El liderazgo en enfermería tiene mayor probabilidad de avanzar, en la medida que voluntariamente sea incentivado por actitudes innovadoras en proyectos e inversiones personales y grupales, destacando en ello la necesaria unión entre las profesionales. El liderazgo en enfermería se constituye en una habilidad humana necesaria para la resolución de conflictos y para la mejor gestión de los cuidados. Practicar un liderazgo positivo está asociado no solo a consecuencias positivas para el paciente y la institución de salud, sino también para la enfermería, pues una enfermera líder deberá implementar estrategias para que en la práctica de enfermería se apliquen los conocimientos científicos.

Es por tanto primordial que las profesionales sean formadas en estos aspectos, con una educación de pregrado basada en competencias que dirijan a la formación de líderes y gestores del cuidado, aunando esfuerzos, motivaciones y capacidades

entre la atención cerrada y abierta de salud, con estrecha relación entre los sectores académicos e investigativos en enfermería.

Debido al contexto sanitario chileno, con el desplegado escenario para las enfermeras, es fundamental que enfermería analice la formación de estos profesionales respecto al liderazgo, pues de no incorporarlo adecuadamente al ámbito profesional, quedará “desarticulada frente a los cambios existentes en los sistemas de salud” .

Para que el profesional de enfermería pueda ejercer una excelente administración debe contar con las cualidades para desarrollar esta función; por ejemplo: aptitudes intelectuales, una base necesaria de conocimientos para la administración de servicios de enfermería y competencia en el ámbito de la dirección, todo esto implica ser un buen líder. El liderazgo está asociado con la eficacia y la calidad para el funcionamiento poderoso de cualquier organización y para inducir a sus seguidores a defender valores; estas características generan un clima social de cooperación y apoyo por medio de la motivación. El líder debe contar con cualidades como conocimiento, integridad, entusiasmo, calidez, serenidad, rigidez y flexibilidad para poder influir de manera positiva en los miembros de su organización. No obstante, un líder también puede propiciar en sus seguidores actitudes y comportamientos hostiles que desaceleren los procesos de trabajo y obstaculicen la consecución de objetivos.

En International Nursing Network apostamos por el modelo conceptual para el desarrollo y mantenimiento del liderazgo , que consta de cinco prácticas de desarrollo transformacional basadas en la evidencia, que son fundamentales para la transformación de los centros de trabajo en entornos de trabajo saludables para las enfermeras.

Las cinco prácticas del liderazgo transformacional son:

- 1.- El fomento de las relaciones de confianza
- 2.- La creación de un ambiente de trabajo empoderado
- 3.- La creación de un entorno que apoye el desarrollo del conocimiento y la integración
- 4.- Dirigir y mantener el cambio
- 5.- Equilibrar valores y prioridades

POST ESCRITUM:

No podemos abstraernos de la realidad y, aunque aún no hayamos aterrizado del éxito y de las emociones vividas en el transcurso de nuestro Primer Congreso Mundial, celebrado en Cancún (México) el pasado mes de junio, reforzamos nuestro compromiso de seguir DISEÑANDO EL FUTURO, ACTUANDO EN EL PRESENTE, porque somos LA UNIÓN QUE HACE LA FUERZA.



INTERNATIONAL NURSING NETWORK

Al otro lado del pijama: Jornada de valores para humanizar la asistencia sanitaria

On the other side of pijamas: A values day to humanize health care

Tamara Raquel Velasco Sanz

Enfermera.
Hospital Clínico San Carlos.
Instituto de Investigación Sanitaria Hospital Clínico San Carlos (IdISSC).
Profesora de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología Universidad Complutense de Madrid. Madrid (España)

ORCID:
orcid.org/0000-0002-6777-3337

Autor de correspondencia:
tavela01@ucm.es

Resumen

Es necesario por tanto, afrontar un cambio de enfoque en la atención, pasando del modelo Biomédico que se centraba en la ausencia de la enfermedad (cuerpo, tecnificación, riesgo de cosificación), a un enfoque holístico, centrando la atención en la persona y su calidad de vida (valores, acompañamiento, cuidado), especialmente cuando debido al envejecimiento poblacional, actualmente el 75% de las personas morirá de una enfermedad crónica.

El profesional sanitario debe ayudar en el desarrollo del máximo potencial de la persona y de sus propias capacidades, movilizar los recursos necesarios para promover la salud.

Palabras Clave: Humanizar, enfermería, cuidados.

Abstract

It is therefore necessary to face a change of focus in care, moving from the Biomedical model that focused on the absence of disease (body, technification, risk of reification), to a holistic approach, focusing on the person and their quality of life (values, accompaniment, care), especially when due to population aging, currently 75% of people will die of a chronic disease. The health professional must assist in the development of the person's maximum potential and his or her own capacities, mobilise the necessary resources to health.

Keywords: Humanize, nurse, care.

Introducción

La humanización de la asistencia sanitaria surge como un movimiento internacional de reevaluación de la atención junto con el nacimiento de una nueva disciplina, la Bioética(1).

Dentro de los cambios producidos en el ámbito asistencial, debido a los grandes avances en el campo de la medicina y la tecnología, se han mejorado los nuevos métodos diagnósticos y terapéuticos, permitiendo resolver situaciones que hasta hace unos años parecían imposibles, aumentando la esperanza de vida. No obstante, algunos profesionales guiados por el imperativo tecnológico pueden perder de vista los límites durante la atención sanitaria, implementando todos los dispositivos posibles cayendo en la denominada obstinación terapéutica, sin considerar que no todo lo técnicamente posible es éticamente correcto(2). Es necesario por tanto, afrontar un cambio de enfoque en la atención, pasando del modelo Biomédico que se centraba en la ausencia de la enfermedad (cuerpo, tecnificación, riesgo de cosificación), a un enfoque holístico, centrando la atención en la persona y su calidad de vida (valores, acompañamiento, cuidado), especialmente cuando debido al envejecimiento poblacional, actualmente el 75% de las personas morirá de una enfermedad crónica(3).

El profesional sanitario debe ayudar en el desarrollo del máximo potencial de la persona y de sus propias capacidades, movilizar los recursos necesarios para promover, mantener y restablecer la salud, en base a sus preferencias, identificar los componentes que influyen en su forma de vivir, y respetar la pluralidad de valores.

Así para el profesor y Bioeticista Diego Gracia humanizar es una cuestión ética, lo que implica por tanto tener en cuenta los valores(4). Para José Carlos Bermejo, director general del centro de humanización San Camilo añade que "Humanizar una realidad significa hacerla digna de la persona humana, es decir, coherente con los valores que percibe como peculiares e inalienables, hacerla coherente con lo que permite dar un significado a la existencia humana, todo lo que le permite ser verdadera persona"(5). Y es que al hablar de valores, es hacer referencia a la propia identidad de la persona, siendo cualidades sobre los cuales regimos

nuestras acciones y nos condicionan. Es lo más trascendental de nuestra vida, lo que la dota de contenido y la hace única, irrepetible y distinta a las demás.

Por tanto, durante la atención sanitaria habrá que explorar qué es lo más importante para esa persona con respecto a los cuidados que quiere recibir, teniendo en cuenta que la sociedad es cada vez más cosmopolita, y donde los prejuicios pueden influir en la toma de decisiones.

Bajo esta perspectiva, el papel de la enfermera es fundamental(6), y para poder integrarlo es necesario tener en cuenta todos los factores que influyen en la relación sanitaria: familia, trabajo en equipo, medios de comunicación, financiación, investigación, instituciones sanitarias, política, industria farmacéutica... junto con los distintos modelos de relación clínica(7), pasando del tradicional modelo paternalista al deliberativo, integrando los valores del paciente, familia y profesionales sanitarios.

Será clave para ello la formación específica de los profesionales sanitarios, especialmente durante su etapa de grado, que como señalan otros autores(1,4), al hablar de la formación en valores (educación emocional), es posible que la mejor metodología sea el ejemplo activo. Las emociones se educan (o se aprenden) a través del contacto directo. Una forma muy específica es observando y compartiendo momentos con profesionales que transmiten esos valores, puesto que se aprende a apreciar (a valorar) a través del otro y con el otro. Gracias a ese profesional que nos enseñó con su ejemplo a ser empáticos, compasivos, la importancia de actualizarse, a mantener la inquietud intelectual, a buscar soluciones creativas, ..., a ser, sino excelentes, al menos mejores profesionales. En gran medida, los valores aprendidos provienen de haberles visto en una determinada persona ser y actuar de una manera, más que de una lección teórica sobre los valores. Se adquieren por tanto, a través del ejemplo activo, especialmente durante la formación universitaria.

Bajo ese enfoque y con el propósito de formar, reflexionar y sensibilizar en valores a estudiantes de ciencias de la salud para promover la humanización de la asistencia sanitaria, un grupo de alumnos de 4 grado de Enfermería junto con algunos profesores de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad Complutense de Madrid,

diseñaron en 2015 unas jornadas de humanización llamadas "Al Otro Lado Del Pijama" creando un punto de encuentro entre los distintos protagonistas de la asistencia sanitaria (profesionales, pacientes y familiares). Desde entonces, cada año los estudiantes de 4 grado continúan desarrollando dicha actividad, para favorecer el desarrollo personal de los futuros profesionales sanitarios, siendo el objetivo de este estudio analizar su implicación en la formación de los estudiantes.



Metodo

El diseño de las jornadas se realizó a través de la metodología cualitativa, en concreto a través del modelo de Historias de Vida.

Las Historias de Vida, técnica ubicada dentro del método biográfico (Rodríguez, Gil y García, 1996), tiene como objetivo principal el análisis de los relatos de una persona sobre su vida o momentos concretos de la misma (Martín, 1995) y (Perelló, 2009). La persona expone lo más íntimo de él como sentimientos, pensamientos, valores...

A partir de ese contacto directo con el otro, se pueden explorar las vivencias ante determinadas situaciones, favoreciendo la sensibilización y formación de los futuros profesionales.

Las jornadas se estructuraron en 2 mesas temáticas para reflexionar sobre valores y la humanización de la asistencia sanitaria, a través del testimonio y experiencia de pacientes, familiares y profesionales sanitarios, incluyendo también en varias ocasiones testimonios de estudiantes de enfermería.

Para evaluar la actividad, se diseñó un cuestionario de satisfacción ad-hoc con escala tipo Likert de 5 grados de amplitud y 3 respuestas abiertas, de 15 ítems divididos en 3 bloques temáticos (organización e infraestructura; contenido y duración de las mesas; aspectos generales). Además, se añadieron tres preguntas abiertas sobre aspectos a destacar, aspectos a mejorar y sugerencias. La encuesta fue entregada a todos los asistentes con la documentación al inicio de cada Jornada, siendo recogida al final de forma totalmente anónima y voluntaria.

Los resultados de las encuestas se recogieron en una base de datos, procediéndose a su análisis posteriormente a través del programa SPSS ver. 11.0

Resultados

Se han realizado 5 Jornadas, en las que han participado en la organización un total de 60 estudiantes de 4 grado de Enfermería.

Han participado 44 ponentes, de los cuales 31,81 % fueron pacientes, 11,36% familiares, 52,27% profesionales (enfermeras, médicos, psicólogos y logopeda) y un 4,5% estudiantes de enfermería. Se han realizado 4 actividades de intervención en salud (teatro, arteterapia, improvisación y musicoterapia) y 4 conferencias temáticas (planes de humanización específicos, el dolor a través del arte, el origen del cuidado y sobre el manejo de las emociones).

Se han abordado los siguientes bloques temáticos: Esclerosis Lateral Amiotrófica (ELA) en adultos y pediatría; Cuidados Paliativos; Parálisis Cerebral; Cáncer; Accidentes de Tráfico; Discapacidad; Unidades de Cuidados Intensivos adultos y neonatales; Comunicación de Malas Noticias; Transexualidad; Esquizofrenia; Lesión Medular; Enfermedades raras; Cooperación internacional; Situaciones hostiles (atentado 11M); Donaciones; Estigmas sociales; VIH; Logopedia; Trastorno Específico del Lenguaje; Lupus; Guillain Barré; Enfermedad de Raynaud; Neurorehabilitación; Escuela de pacientes; Redes sociales; Urgencias; Ostomías; Lactancia materna; Afectados por la Talidomida; Ébola; Síndrome Burnout; Violencia de género y atención extrahospitalaria.

Han asistido un total de 2780 asistentes, siendo en su mayoría estudiantes. Se obtuvo un total de

1244 cuestionarios (tasa de participación 44,74%).

En las I Jornadas cerca del 80% consideró que su grado de satisfacción había sido muy alto. Además, un 70% detalló que las jornadas habían respondido a las expectativas y que habían impactado en su desarrollo personal.

En las II Jornadas casi un 95% afirmaba que el grado de satisfacción era al menos bastante adecuado y un 92% reconocían que los contenidos de las Jornadas habían respondido a sus expectativas.

En las IV Jornadas el 94,25% de los asistentes se mostraron entre satisfechos y muy satisfechos, con el grado de satisfacción general, al igual que el 91,95% señaló que las Jornadas habían cumplido con sus expectativas. El 94,25% de los encuestados refirieron que las jornadas le habían aportado para su desarrollo personal.

En las V Jornadas el 95% de los encuestados se mostraron entre satisfechos y muy satisfechos con respecto al grado de satisfacción general, y reflejaban que habría contribuido a su desarrollo personal. El 97% señaló que había cumplido con sus expectativas.

Entre los aspectos a mejorar que señalaban los asistentes, como dar mayor difusión, tener una página web para inscribirse, mayor diversidad entre los ponentes, créditos por asistencia, cambiar la fecha para que no coincida con la época de exámenes, interaccionar más con los ponentes...Fueron siendo incluidas en las distintas ediciones de las Jornadas, como la creación de un apartado propio dentro de la página web de la Facultad, el reconocimiento de créditos formativos para los estudiantes de la Universidad Complutense, la fecha de celebración durante la festividad de la Facultad (marzo) sin coincidir con época de exámenes, ponentes de distintos ámbitos asistenciales y mayor participación a través de distintos concursos para los asistentes (póster, foto, dibujo, relato...) Entre los aspectos a destacar la mayoría reflejaba la importancia de seguir desarrollando este tipo de actividades, incluyendo los distintos puntos de vista de paciente, familia, y profesionales, como elemento esencial de reflexión para sensibilizar y motivar, a estudiantes y profesionales, sobre la importancia de la humanización en la asistencia sanitaria.

Discusión

La humanización de la asistencia sanitaria ha cobrado gran importancia, hasta el punto de crear líneas estratégicas de actuación en distintas Comunidades Autónomas. En concreto, la Comunidad de Madrid(10) ha diseñado un Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019, dentro de la Viceconsejería de Humanización de la Asistencia Sanitaria, cuyo objetivo es promover, desarrollar y desplegar actuaciones institucionales que garanticen la humanización de la asistencia sanitaria, a través de la personalización de la atención y a lo largo de todo el proceso asistencial. Una de las líneas que se contemplan es la cultura de humanización, donde se pone especial énfasis en que los profesionales adquieran competencia humanística y relacional (desarrollando los valores, conocimientos, actitudes y habilidades para la comunicación afectiva/efectiva y la relación de ayuda) además de la científico-técnica. Para ello, uno de los objetivos que establece para alcanzar dichas competencias, es identificar las necesidades formativas y aumentar la sensibilización de los profesionales, creando un espacio para el diálogo y la reflexión compartida. Como queda reflejado en los resultados de las distintas Jornadas de Al Otro Lado del Pijama(11,12), dicho objetivo de sensibilización, reflexión y formación en valores se adquiere a través de los relatos vivenciales de los distintos protagonistas que intervienen en los distintos encuentros, mediante experiencias de vida que permiten acercar a los asistentes a las distintas situaciones que pueden darse en el proceso asistencial.

Otras de las líneas estratégicas que contempla el plan son: la información personalizada y acompañamiento; Humanización de la asistencia en las primeras etapas de la vida, infancia y adolescencia; Atención de urgencias; Hospitalización; Salud Mental; Oncología; Final de vida; y Cuidados Intensivos. Todas ellas, han sido abordadas a lo largo de las distintas jornadas de Al Otro Lado del Pijama, favoreciendo por tanto, el desarrollo del plan.

También queda contemplado en el plan estratégico, la creación de la Escuela Madrileña de Salud, a través de la cual se pretende promover la adopción de hábitos y estilos de vida saludables y fomentar la corresponsabilidad de las personas en el cuidado de su salud. Esta medida, también ha sido abordada a lo largo de

las Jornadas, dando herramientas tanto a los estudiantes, como a los profesionales, pacientes y familiares.

Los destinatarios que define el plan de humanización (pacientes, familiares y personas cuidadoras, ciudadanos, profesionales y directivos) también estén presentes en cada una de las Jornadas como eje principal de actuación.

Cabe destacar, que otra de las iniciativas que surgieron para humanizar la atención sanitaria, y que contribuyó a la realización del Plan de Humanización de la Comunidad de Madrid es el proyecto de investigación HUCI(13), humanización de los cuidados intensivos, que desde el 2014 ha irrumpido en la esfera internacional para mejorar la atención ya no solo en el ámbito de los cuidados intensivo, sino a nivel global. El objetivo del proyecto(14) es recuperar la visión integral sobre el usuario, dignificar el trabajo de los profesionales sanitarios e integrar a la familia, para dar respuesta a la complejidad de la atención sanitaria. La propuesta del proyecto es establecer una hoja de ruta para centrar la atención en el paciente y su familia, mejorando el soporte psicológico y social, y el compromiso de los profesionales y las sociedades científicas. Para ello es clave disponer de la mejor evidencia, siendo necesario la formación de los profesionales en herramientas para la gestión de las emociones, trabajo en equipo, y valores. Así, como queda también recogido en los objetivos de las Jornadas de Al Otro Lado del Pijama, la formación en habilidades no técnicas, será esencial para poder humanizar la atención sanitaria, especialmente durante la etapa de grado, más si dicha sensibilidad parte directamente desde los propios estudiantes, quienes en definitiva serán la generación que favorecer el cambio.

Conclusiones

Es necesario crear espacios de reflexión entre pacientes, familiares y profesionales sanitarios para mejorar la atención sanitaria.

La humanización se enmarca desde el campo de la ética y los valores, siendo clave su inclusión durante la práctica clínica, sin perder nunca de vista que por mucho que avance la ciencia, la atención se debe basar en la visión holística de la persona.

Las jornadas de Al Otro Lado del Pijama, surgen como necesidad de empoderar a los estudiantes en la responsabilidad de mantener unos cuidados que van más allá de los aspectos técnicos de las profesiones sanitarias, dando voz a todos los protagonistas para asegurar la excelencia de la atención.

Las historias de vida, son un método eficaz para identificar debilidades y fortalezas en los procesos de salud y enfermedad, especialmente para trabajar valores como la empatía, el respeto, la profesionalidad...

Al otro lado del pijama simboliza tanto la visión del profesional que está “bajo ese pijama”; la visión del paciente desde su “propio pijama” y la visión de la familia que “comparte ese pijama”, siendo un proyecto que ya está consolidado como un sello característico de solidaridad, tolerancia, empatía, compasión y humanidad.

Bibliografía

1. Herreros Ruiz-Valdepeñas B, Bandrés Moya F. Educar en Bioética al profesional de Ciencias de la Salud. Una perspectiva internacional. ADEMÁS Comunicación Gráfica SL. [Internet]. 2010. Visualizado el 2 de junio de 2019. Disponible en: <https://www.cpm-tejerina.com/wp-content/uploads/2018/03/BIOETICA-web-FT.pdf>
2. Gómez Rubí JA. La medicina crítica en la era de la bioética. Avances en medicina intensiva. 1998;273-81
3. Gómez-Batiste X, Blay C, Roca J, Fontanals MD. Innovaciones conceptuales e iniciativas de mejora en la atención paliativa del siglo XXI Editorial Med Paliat. 2012;19:85-6
4. Gracia D. Fundamentación y enseñanza de la bioética. El Búho, 2004
5. Bermejo JC. Qué es humanizar la Salud. Por una asistencia Sanitaria más Humana. Madrid: San Pablo. 2003
6. Domínguez Alcón C, Kohlen H, Tronto J. El futuro del cuidado: Comprensión de la ética del cuidado y práctica enfermera. Ediciones San Juan de Dios – Campus Docent Colección Digital Profesionalidad, [Internet]. 2018. Visualizado el 2 de junio de 2019. Disponible en: <https://pbcoib.blob.core.windows.net/coib-publish/invar/d23d4137-42f4-4331-924e-b660473acf64>
7. Emanuel EJ, Emanuel LL. Cuatro modelos de relación médico-paciente. Bioética para clínicos. Madrid. Triacastela 1999;122
8. Rodríguez Gómez G, Gil Flores J, García Jiménez E. Metodología de la Investigación Cualitativa. Granada: Aljibe. 1996
9. Martín García AV. Fundamentación Teórica y Uso de las Historias y Relatos de Vida como técnicas de Investigación en Pedagogía Social. Aula. 1995;7: 41-60

10. Consejería de Sanidad. Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2016-2019. Dirección General de Coordinación de la Atención al Ciudadano y Humanización de la Asistencia Sanitaria. [Internet]. 2016. Visualizado el 2 de junio de 2019. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM017902.pdf>
11. Fernández Velasco V, Peláez Ortega I. Evaluación de las “IV Jornadas Al Otro Lado del Pijama” como actividad para promocionar la humanización de la asistencia sanitaria. Libro de Ponencias 4 Jornadas Proyecto HU-CI. [Internet]. 2018. Visualizado el 2 de junio de 2019. Disponible en: <https://humanizandoloscuidadosintensivos.com/wp-content/uploads/2018/05/libro-comunicaciones-4JHUCI.pdf>
12. Hernández González M, Navarro Jareño C, Del Olmo Somolinos B, Benavente Sánchez S, Calvo Pachón I, Belmar Diez L. Evaluación de las “V Jornadas Al Otro Lado del Pijama (AOLP): sensibilización en valores y humanización de la asistencia sanitaria. I Congreso Internacional de Humanización de la Asistencia Sanitaria. [Internet]. 2019. Visualizado el 2 de junio de 2019. Disponible en: <https://humanizandoloscuidadosintensivos.com/wp-content/uploads/2019/04/Libro-Comunicaciones-1CIHAS.pdf>
13. Heras La Calle G, Alonso Oviés A, Gómez Tello V. A plan for improving the humanisation of intensive care units. *Intensive Care Med.* 2017 Apr;43(4):547-549
14. Heras La Calle G, Zaforteza C. HUCI is written with H as in Human. *Enferm Intensiva.* 2014 Oct-Dec;25(4):123-4

Revisión sobre el desempeño del rol del personal de enfermería y medicina en la limitación de tratamiento de soporte vital en las Unidades de Cuidados Críticos desde una visión con perspectiva de género

Review of the performance of the role of nursing and medical staff in limiting life-sustaining treatment in Critical Care Units from a gender perspective.

Manuel Jesús Ruiz-Henestrosa Campos (1)

Sandra Peinado Pérez (2)

1.- Enfermero. Hospital Universitario Puerta del Mar, Cádiz (España)

ORCID:

orcid.org/0000-0001-8660-3969

2.-Enfermera. Hospital General Univ. Gregorio Marañón, Madrid (España)

ORCID:

orcid.org/0000-0002-0097-816X

Autor de correspondencia:

mjrhc52@gmail.com

Resumen

Los profesionales sanitarios que trabajan en las unidades de cuidados críticos deben saber cuáles son las medidas terapéuticas indicadas, cuánto tiempo deben mantenerse y hasta qué punto puede revertir la situación del enfermo crítico. Estos planteamientos llevan a determinar cuáles son las situaciones donde es necesaria la limitación del tratamiento de soporte vital (LTSV) o la limitación del esfuerzo terapéutico (LET), definida como “la decisión sobre la restricción o cancelación de las medidas terapéuticas cuando se percibe una desproporción entre los fines y los medios, evitando caer en la obstinación terapéutica”

Palabras clave: Enfermería, Cuidados Críticos, limitación del esfuerzo terapéutico

Abstract

Health professionals working in critical care units should know what the indicated therapeutic measures are, how long they should be maintained and to what extent the situation of the critically ill can be reversed. These approaches lead to determining which are the situations where the limitation of life support treatment (LTSV) or the limitation of therapeutic effort (LET) is necessary, defined as “the decision on the restriction or cancellation of therapeutic measures when a disproportion between ends and means is perceived, avoiding falling into therapeutic obstinacy”.

Keywords: Nursing, Critical Care, Limitation of therapeutic effort

Introducción

En unos momentos donde la mortalidad está cada vez menos naturalizada y más medicalizada, dado que las defunciones se originan más en el hospital que en los domicilios; en las unidades de cuidados intensivos (UCIs) se producen el 20% de las defunciones hospitalarias(1). La muerte dentro de los hospitales parece llegar más como resultado de un fracaso técnico que como un acontecimiento que tiene un lugar determinado e inamovible dentro del ciclo vital de todos los seres vivos. El moribundo de UCI suele ser un paciente comatoso, intubado, conectado a varios monitores, al que se le administra una serie de drogas, inconsciente y expropiado de sus apoyos y redes sociales. A esto podemos unir una serie de características especiales de las UCIs como espacio cerrado, altamente tecnificado y con rigurosos horarios de visitas(2). En este marco, se cuestionó cómo se podía compatibilizar una muerte digna con el cuidado intensivo altamente tecnificado y a menudo dramático que se producía en las UCIs(3).

El Ministerio de Salud y Consumo(4) (MSC) en el año 2009 definió la Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) como “una organización de profesionales sanitarios que ofrecía asistencia multidisciplinar en un espacio específico del hospital, que cumplía unos requisitos funcionales, estructurales y organizativos, de forma que garantizaban las condiciones de seguridad, calidad y eficiencia adecuadas para atender pacientes que, fueron susceptibles de recuperación, requerían soporte respiratorio o que precisaban soporte respiratorio básico junto con soporte de, al menos, dos órganos o sistemas; así como todos los pacientes complejos que requerían soporte por fallo multiorgánico”. La Sociedad de Cuidados Intensivos del Reino Unido(5) en el año 2002 dividió los niveles de las UCIs según la complejidad de los pacientes, los cuidados y las técnicas que se realizaban, siendo aprobada esta clasificación por la “Guía de estándares y recomendaciones de las Unidades de Cuidados Intensivos” que MSC publicó en el 2009. En el nivel 0 se encontraban los pacientes con menor gravedad, hasta el nivel III donde se situaban los pacientes que requerían soporte respiratorio avanzado o soporte respiratorio básico junto con, al menos, soporte a dos sistemas orgánicos. Este nivel incluía todos los pacientes complejos con fallo multiorgánico(5).

En España, el MSC dividió los niveles de atención médica en los cuidados intensivos dependiendo del hospital y se relacionó el nivel de las UCIs con el nivel asistencial del hospital, siendo las de mayor complejidad las pertenecientes a los hospitales de nivel III u hospitales de referencia(4). De esta forma se correlacionó los hospitales de nivel III o de referencia con las UCIs de nivel III.

Los profesionales sanitarios que trabajan en las unidades de cuidados críticos deben saber cuáles son las medidas terapéuticas indicadas, cuánto tiempo deben mantenerse y hasta qué punto puede revertir la situación del enfermo crítico. Estos planteamientos llevan a determinar cuáles son las situaciones donde es necesaria la limitación del tratamiento de soporte vital (LTSV) o la limitación del esfuerzo terapéutico (LET), definida como “la decisión sobre la restricción o cancelación de las medidas terapéuticas cuando se percibe una desproporción entre los fines y los medios, evitando caer en la obstinación terapéutica”(6). La aplicación de la LTSV se ha hecho habitual en las UCIs en las últimas dos décadas, existiendo grandes diferencias en su práctica entre diferentes países, incluso entre unidades de un mismo país. Se ha encontrado variabilidad con respecto a la incidencia, enfermos a los que se les ha aplicado y la forma de llevarse a cabo. Esta variabilidad ha podido ser debida por los diferentes sistemas sociales, políticos y económicos en los que han imperado diversos principios y valores(7).

Ante estas disyuntivas y diferentes formas de aplicar la LTSV el grupo de trabajo de bioética de la Sociedad Española de Medicina Intensiva, Crítica y Unidades Coronarias (SEMICYUC) creó en el año 2008 unas recomendaciones donde señalaban: “La decisión de limitación de esfuerzo terapéutico (LET) debía discutirse colectivamente (médicos y enfermeras) y tomarse por consenso. La presencia de dudas en algún miembro del equipo hacía que esta decisión se reconsiderase, o se debía apartar a dicho profesional de la toma de decisiones, respetando la libertad de conciencia como uno de los derechos fundamentales contemplados en la Constitución Española”(1). La Sociedad Española de Enfermería de Cuidados Críticos (SEEIUC) carecía y carece de recomendaciones, así como de grupo de bioética, dejando un vacío en recomendaciones, y ayudando a invisibilizar el rol de enfermería en la toma de decisiones sobre la LTSV.

Metodología

Se ha realizado una revisión de la literatura en las principales bases de datos: pubmed y cinalh incluyendo como palabras claves: Withholding Treatment, Resuscitation Orders, Nurse's Role, Physician's Role, Gender Identity, Critical Care, Privación de Tratamiento, Enfermería, Medicina, Identidad de Género y Cuidados Intensivos.

Tras una lectura de los artículos y pasar plantilla CASPe para los artículos y plantilla AGREE en las guías de práctica clínica se incluyen 37 artículos.

Resultados

Las diferencias en cuanto a la implicación de diferentes profesionales fueron estudiadas por Yaguchi(8), que realizó un estudio en el 2005 donde tras un cuestionario a 1961 médicos de diferentes países, evidenciaban una mayor inclusión de enfermería en la toma de decisiones sobre la LTSV en el norte y centro de Europa con respecto al sur de Europa (62% VS 32%). Otros países a la cola en colaboración multidisciplinar sobre este tema fueron: Brasil con 38%, Japón con 39%, y Estados Unidos con un 29%. Este estudio tenía sus limitaciones al no realizar cuestionarios a enfermería para conocer su visión, que como demostraron estudios posteriores existían diferencias de cómo percibían dicha colaboración. Ferrand et al(9) señaló la importancia de tomar la decisión de LTSV en conjunto, aún a sabiendas que, generalmente las tomaba el médico. En su estudio multicéntrico realizado en Francia mediante cuestionarios con más de 3.500 participantes, evidenció claras discrepancias en la toma de decisiones. El 90% de los encuestados creían que las decisiones debían ser tomadas en colaboración entre el equipo de medicina y enfermería. El 73% del equipo médico destacaba que los procesos de la toma de decisiones fueron satisfactorios, aunque realmente sólo se sintieron involucrados en la toma de decisiones el 50% del equipo. Respecto a los profesionales de enfermería los resultados eran aún más discordantes, solo el 33% opinaba que las tomas de decisiones fueron satisfactorias, y sólo el 27% se sentía involucrado en la toma de decisiones. Este estudio concuerda con otro estudio multicéntrico realizado en EEUU, evaluando la percepción de colaboración que tenían el equipo médico y el de enfermería dentro de los cuida-

dos críticos. Sólo el 33% de las enfermeras consideraron como alta o muy alta la calidad de la colaboración y la comunicación con los médicos. En contraste, el 73% de los médicos calificaron la colaboración y la comunicación con las enfermeras como alta o muy alta, lo que indicaba que los médicos y las enfermeras percibían su clima de trabajo y la colaboración multidisciplinar de manera diferente. Las enfermeras informaron que era difícil hablar con los profesionales de medicina, porque los desacuerdos no se resolvían adecuadamente y requerían más participación en la toma de decisiones(10).

Diferentes autores vieron la necesidad de incluir a la enfermería en el seno del equipo médico para la toma de decisiones, a sabiendas que la decisión de la LTSV surgió mayoritariamente de los médicos, siendo variable el peso de las familias(1,11-15). Las decisiones de LTSV podían producir discrepancias entre el cuerpo de enfermería y medicina de las UCIs(16). Beckstrand(17) señaló el limitado rol por parte de enfermería en la toma de decisiones y que producía un obstáculo para administrar cuidados de calidad. Bueno(18) indicó que el no tomar la decisión en conjunto podía llevar a problemas dentro del equipo, disminuía la colaboración y empeoraba el trabajo en equipo. León(19) apuntó: "aunque la decisión de LTSV solía ser médica, la ejecución de la misma es del cuerpo de enfermería, generando conflictos en ocasiones, ya que es la enfermera quien cargaba con las consecuencias de las decisiones médicas, y debía conjugarlas con su conciencia y con los deseos directos del paciente".



Rojas(20) siguió señalando que "la enfermería no estaba siendo consultada en el momento de hacer el juicio ético para tomar la decisión y eran quienes, la mayoría de las veces, estaban encargados de la ejecución de estas decisiones".

Como cuestión relevante en la bibliografía consultada, se muestra como el cuerpo médico es el verdadero encargado de tomar la decisión de retirar el tratamiento, mientras que el cuerpo de enfermería se encuentra con la difícil situación de no saber cuál es su papel en la toma de decisiones, siendo el encargado de retirar las medidas de soporte, que conlleva en ocasiones a estrés moral por conflictos éticos(1,11-20). Un grupo de bioética canadiense señaló tres principales problemas éticos en relación con la LTSV en las UCIs: el primero de ellos debido a un desacuerdo sobre decisiones terapéuticas entre paciente y familia con los médicos, el segundo sobre la omisión y retirada del tratamiento de soporte vital, y el tercer problema relacionado con las decisiones de representación(21). A su vez se destaca en otras revisiones recientes la falta de guías clínicas nacionales e internacionales por parte del cuerpo de medicina y enfermería que podían orientar sobre la toma de decisiones, modo de actuar y cuidados en la LTSV mediante unas pautas de actuación comunes(23-24).

Tal y como se ha expuesto ha quedado patente las diferencias entre países en cuanto a percepción de colaboración y rol desempeñado. En los artículos científicos españoles revisados mostraban la necesidad e inclusión de la enfermería en la toma de decisiones de LTSV (1,6,11,12,18-20), no concordando en este caso con la literatura enfermera consultada donde la enfermería mayoritariamente señaló no tener papel en la decisión de LTSV(13-15,18-20,24). Estos hallazgos podían ser el resultado de las diferencias en las culturas, de autoridad desarrollada por medicina, subordinación de enfermería, o diferencias entre género a nivel personal y profesional. Entonces, ¿cuál era el papel de enfermería? Varios autores apuntaban la función de abogado del paciente, defendiendo sus intereses y administrando los cuidados al final de la vida, así como puente de información entre medicina y familiares, y apoyo a la familia(25-28). ¿Y el rol médico? En la publicación del grupo de ética de la SEMICIIYUC “Recomendaciones de tratamiento al final de la vida del paciente crítico”(1), se tomaron como actividades médicas la cumplimentación de una orden de limitación de soporte vital que respete la autonomía del paciente, la omisión o retirada del tratamiento de soporte vital y la prescripción de inicio de sedación terminal controlando el confort del paciente.

¿Puede la inclusión de la perspectiva de género prestar una ayuda para entender estas incongruencias? Benéría(29) definió género en 1987 como: “el conjunto de creencias, rasgos personales, actitudes, sentimientos, valores, conductas y actividades que diferencian a hombres y mujeres a través de un proceso de construcción social que tiene varias características. En primer lugar es un proceso histórico que se desarrollaba a distintos niveles tales como, el estado, el mercado de trabajo, las escuelas, los medios de comunicación, la ley, la familia y a través, de las relaciones interpersonales. En segundo lugar, este proceso suponía la jerarquización de estos rasgos y actividades de tal modo que a los que se definían como masculinos se les atribuía mayor valor...”.

Las preguntas enfocadas desde una perspectiva de género han pretendido profundizar en torno a dos cuestiones fundamentales: si la modificación en la proporción de la masculinidad y feminidad en determinadas profesiones (enfermería, medicina) transforma la práctica y la estructura de la profesión, y si existían diferentes formas de practicar una misma profesión en relación con el género(30). Caprile(31) señaló que la pregunta de investigación que no tuvo en cuenta la posible diversidad dentro de un mismo sexo incurrió en un sesgo de generalización.

La influencia de género provocó en la enfermería una falta de reconocimiento social al estar asociados de forma simbólica a los cuidados, cualidad intrínsecamente femenina(32). En la enfermería muchas de las atribuciones procedían del ámbito médico, profesión que determinó tareas y actividades delegadas, construyendo una identidad delegada. Un claro ejemplo de ello, era presentado por una actitud de sumisión de la enfermería con respecto a los profesionales de la medicina, a los que parecía que se debía solicitar permiso para desarrollar las actividades propias de enfermería. Esta relación entre perspectiva de género y realidad social fue cambiando a partir de la incorporación de los hombres a la enfermería, al mismo tiempo que incrementó la proporción de mujeres en medicina(33,34). Fajardo(34) señaló que la relación médico-enfermera había respetado históricamente la misma asignación de roles de género que la prescrita socialmente para las relaciones hombre-mujer. En su estudio de relatos de vida sobre personal de enfermería con más de 25 años de experiencia,

concluyó que a pesar de las diferencias de status profesional, las médicas compartían más las responsabilidades con las enfermeras y rivalizaban menos con ellas. Las tradicionales relaciones de poder entre médicos y enfermeras dificultaba el trabajo de las enfermeras, puesto que primaba la relación de subordinación sobre el debate de dos enfoques profesionales, algo que no ocurría tanto cuando el profesional de la medicina era una mujer y siempre que ésta no adoptara el papel que consideraba al profesional de enfermería como subordinado. Otra conclusión a la que llegaba era que la enfermera no solía atender a un paciente según su criterio, sino bajo el criterio médico. Esta superioridad partía de un conjunto de estrategias sobre el control de otras profesiones, influyendo en su enseñanza, situación laboral y autonomía profesional, que involucraba diferentes formas de subordinación, limitación y exclusión(35).

En la actualidad, el enfoque de género sigue siendo de gran interés, para no caer en sesgos metodológicos no siendo fácil hacer distinción entre factores biológicos y sociales debido a la normalización de procesos considerados universales para uno y otro sexo y que no están fundamentados en las diferencias biológicas sino en construcciones sociales(36). Lo que convierte al estudio de género en algo desafiante y potencialmente muy fructífero es la visión que ofrece de lo que sucede al interior de los sistemas sociales y culturales, aprendiendo mucho acerca de la ambigüedad de los papeles de género y la complejidad de la sociedad(37). Para un estudio desde la perspectiva de género se requiere una actuación sistemática de los investigadores formados o sensibilizados por el tema(31).

Conclusión

Teniendo presente la existencia de la gran variedad y opiniones a priori entre el personal médico y de enfermería acerca de la LTSV y puesto que no se ha encontrado ningún estudio centrado en la influencia de género en los roles desempeñados de los profesionales de enfermería y medicina en la LTSV, se considera esta cuestión el pilar fundamental para la realización de futuros estudio.

Bibliografía

1. Monzón JL, Saralegui RI, Abizanda i Campos R, Cabré L,

- Iribarren S, Martín MC, et al. Recomendaciones de tratamiento al final de la vida del paciente crítico. *Med Intensiva*. 2008;32:121- 33.2.
2. Gálvez M, Muñumel G, Del Águila B, Ríos F, Fernández ML. Vivencias y perspectiva enfermera del proceso de la muerte en UCI. *Biblioteca Lascasas*, 2007; 3 (2). Visualizado el 12 de junio de 2019. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0240.php>.
3. Hadders H. Relatives' presence in connection with cardiopulmonary resuscitation and sudden death at the intensive care unit. *Nurs Inq* 2007 Sep;14(3):224-232.
4. Estándares y recomendaciones para las Unidades de Cuidados Intensivos. 2010; Visualizado el 12 de junio de 2019. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/UCI.pdf>.
5. Comprehensive Critical Care. A Review of Adult Critical Care Services. Department of Health. May, 2000.
6. De la Cal M, Latour J, de los Reyes M, Palencia E. Recomendaciones de la 6ª Conferencia de Consenso de la SEMICYUC. Estado vegetativo persistente postoxia en el adulto. *Med Intensiva*. 2003;27(8):544-55.
7. Linhares DG, de Siqueira JE, Previdelli I. Limitação do suporte de vida em unidade de terapia intensiva pediátrica. *Revista Bioética*. 2013; 21(2).
8. Yaguchi A, Truog RD, Curtis JR, Luce JM, Levy MM, Mélot C, Vincent JL. International differences in end-of-life attitudes in the intensive care unit: results of a survey. *Arch Intern Med*. 2005 Sep 26;165(17):1970-5.
9. Ferrand E, Lemaire F, Regnier B, Kuteifan K, Badet M, Asfar P, Jaber S, Chagnon JL, Renault A, Robert R, Pochard F, Herve C, Brun-Buisson C, Duvaldestin P, and French RESENTI Group. Discrepancies between perceptions by physicians and nursing staff of intensive care unit end-of-life decisions. *Am J Respir Crit Care Med* 2003;167(10):1310-5.
10. Albers G, Francke AL, de Veer AJ, Bilsen J, Onwuteaka-Philipsen BD. Attitudes of nursing staff towards involvement in medical end-of-life decisions: a national survey study. *Patient Educ Couns*. 2014 Jan;94(1):4-9.
11. Iribarren S, Latorre K, Muñoz T, Poveda Y, Duda-goitia JL, Martínez S, et al. Limitación del esfuerzo terapéutico tras el ingreso en una Unidad de Medicina Intensiva. Análisis de factores asociados. *Med Intensiva*. 2007;31:68-72.
12. Cabré L, Solsona J. Limitación del esfuerzo terapéutico en medicina intensiva. *Med Intensiva*. 2002;26:304-11.
13. Falcó A. La enfermera frente a la limitación del tratamiento de soporte vital en las Unidades de Cuidados Intensivos. Aspectos técnicos y prácticos a considerar. *Enferm Intensiva*. 2009;20:104-9.
14. Gálvez González M, Muñumel Alameda G. Cerrando la brecha entre los cuidados paliativos y los cuidados intensivos. *Index Enfermería*. 2010;19:191-5.
15. Paredes M. Limitación del esfuerzo terapéutico e la práctica clínica. Percepciones de profesionales médicos y de enfermería de unidades de pacientes críticos de un hospital público de adultos en la Region Metropolitana. *Acta Bioeth*. 2012; 18 (2): 163-71.
16. Robichaux C, Clark A. Practice of expert critical care nurses in situation of prognostic conflict at the end of life. *Am J Crit Care*. 2006; 15 (5): 480-9.

17. Beckstrand K, Kirchoff K. Providing End-of-life care to patients. *Critical care nurses' perceived obstacles and supportive behaviors*. *Am J Crit Care*. 2005; 14 (5): 395-403.
18. Bueno MJ. Limitación del esfuerzo terapéutico: aproximación a una visión de conjunto. *Enferm Intensiva*. 2013;24(4):167-74.
19. León FJ, Abrigo C, Délano C. Voluntades anticipadas en pacientes terminales. *El rol de Enfermería. Ética de los cuidados*. 2009; 2(3).
20. Rojas GI, Vargas CI, Ferrer IL. Rol de enfermería en la limitación del esfuerzo terapéutico en el paciente crítico. *Cienc. enferm*. 2013; 19(3): 41-50.
21. Breslin J, MacRae S, Bell J, Singer P, and the University of Toronto Joint Centre for Bioethics Clinical Ethics Group. Top 10 health care ethics challenges facing the public: views of Toronto bioethicists. *BMC Medical Ethics*. 2005;6:5.
22. Espinosa L, Young A, Symes L, Haile B, Walsh T. ICU Nurses' Experiences in Providing Terminal Care. *Crit Care Nurs*. 2010; 33 (3): 273-281.
23. Jensen HI, Ammentorp J, Ording H. Guidelines for withholding and withdrawing therapy in the ICU: impact on decision-making process and interdisciplinary collaboration. *Heart, Lung and Vessels*. 2013; 5 (3): 158-167.
24. Santana L, Gil N, Méndez A, Marrero I, Alayón S, Martín JC et al. Percepción de las actitudes éticas de la enfermería de cuidados intensivos ante la limitación del tratamiento. *Enferm Intensiva*. 2010; 21(4): 142-149.
25. Mcmillen R. End of life decisions: nurses perceptions, feelings and experiences. *Intensive Crit Care Nurs*. 2008; 24: 251-59.
26. Del Águila B, Fernández C, Fernández L, Gálvez M, Muñumel G, Ríos F. Final de la vida en la UCI desde la perspectiva enfermera: estudio fenomenológico. *Enferm Intensiva*. 2011; 22 (1): 13-21.
27. McAdam J, Puntillo K. Communication between physicians and nurses as a target for improving end-of-life care in the intensive care unit: challenges and opportunities for moving forward. *Crit Care Med*. 2006; 34 (11): suppl.
28. Meltzer L, Missak L. Critical care nurses perceptions of futile care and effect of burn-out. *Am J Crit Care*. 2004; 13: 202-8.
29. Benería L. Patriarcado o sistema económico. Una discusión sobre dualismos metodológicos. En: Amorós C. *Mujeres: Ciencia y Práctica política*. Madrid: Debate, 1987; pág.39-54.
30. Souza FR, Coelho S, Padilha MI, De Oliveira MA, Rolim J. Foucault & Enfermería: arriesgarse a pensar de otros modos. *Index Enferm*. 2007;16:37-41.
31. Guía práctica para la inclusión de la perspectiva de género en los contenidos de la investigación, Fundación CI-REM.2012. Visualizado el 12 de junio de 2019. Disponible en: http://www.idi.mineco.gob.es/stfls/MICINN/Ministerio/FICHEROS/UMYC/Guia_practica_genero_en_las_investigaciones.pdf
32. Arroyo A, Lancharro I, Romero R, Morillo MS. La Enfermería como rol de género. *Index Enferm*. 2011; 20(4): 248-251.
33. Ortiz T. Fuentes orales e identidades profesionales: Las médicas españolas en la segunda mitad del siglo xx. *Asclepio*, 2005. Visualizado el 12 de junio de 2019. Disponible en: <http://asclepio.revistas.csic.es/index.php/asclepio/article/view/31/30>.
34. Fajardo ME, Germán C. Influencia del género en el reconocimiento de los cuidados enfermeros visibles e invisibles. *Index Enferm*. 2004; 13(46): 09-12.
35. Villela E, Guil A, Lara AM. Género, poder/saber: una cuestión de fondo en la profesión de enfermería. En VII Congreso Iberoamericano de ciencia tecnología y género. 2010. Visualizado el 12 de junio de 2019. Disponible en: http://200.134.25.85/eventos/cictg/conteudo_cd/E8_G%C3%A9nero_Poder_Saber.pdf.
36. Rohlfs I. El género como herramienta de trabajo en la investigación en epidemiología y salud pública. *Antropología, género, salud y atención*. Barcelona: Bellatierra; 2010. p. 33-47.
37. Lamas M. Diferencias de sexo, género y diferencia sexual. *Cuicuilco* 2000 7(18)

Humanización del cuidado en pacientes con VIH/SIDA

Humanization of care in HIV/AIDS patients

Gabriel José Suárez Lima

Licenciado en Enfermería. Universidad de Ciencias Médicas de la Habana.

Especializado en Anestesiología y Reanimación.

Máster en Ciencias en Urgencias Médicas en APS Univ. de Ciencias Médicas de la Habana.

Docente Facultad Ciencias de la Salud.

Coordinador de la Maestría en Salud Pública.

Instituto de Postgrado y Educación Continua Universidad Estatal de Milagro "UNEMI"

Tutor Internado Universidad Técnica de Babahoyo

ORCID: 0000-0001-8466-002X

Autor de correspondencia:

gsuarezl@unemi.edu.ec

Resumen

La Humanización del cuidado de enfermería en el Paciente con VIH, es una necesidad imperiosa, no solo sufre el paciente y sus familiares, el profesional de enfermería también es afectado, con el desarrollo científico técnico y la inteligencia artificial, aumentado riesgo de deshumanización en el cuidado de estos pacientes, sensibilizar al personal de la salud sobre este tema, crear conciencia es fundamental para un cuidado holístico humanizado. Los profesionales de enfermería son el eje principal de la gestión del cuidado, prevención, tratamiento y rehabilitación.

Palabras clave: Humanización, paciente, VIH SIDA

Abstract

Humanization in nursing care in patients with HIV is an urgent need, not only does the patient and his family suffer, the nursing professional is also affected, with scientific and technical development and artificial intelligence, an increased risk of dehumanization in the care of these patients, to sensitize the health personnel on this issue, to create awareness is fundamental for holistic humanized care. Nursing professionals are the main axis of care management, prevention, treatment and rehabilitation.

Keywords: Humanization, patient, VIH SIDA

Introducción

VIH significa virus de inmunodeficiencia humana, causante de la infección del mismo nombre. Las siglas “VIH” pueden referirse al virus y a la infección que causa. SIDA significa síndrome de inmunodeficiencia adquirida. El SIDA es la fase más avanzada de la infección por el VIH (1). La humanización es un proceso mediante el cual se adquieren rasgos típicos del ser humano, desde el punto de vista biológico, antropológico, espiritual, racional y social (2).

La enfermería es la ciencia del cuidado de la salud del ser humano, además de ser la disciplina que se encarga del estudio de las respuestas reales o potenciales de la persona, familia o comunidad tanto sana como enferma en los aspectos biológico, psicológico, social y espiritual (3). La humanización en enfermería o también conocida como humanización en el cuidado es la interacción entre los conocimientos de la ciencia y los valores del ser humano para poder establecer una asistencia con calidad centrada, individual a través de un vínculo (2).

El cuidado es la ciencia de Enfermería, para proteger, mejorar y preservar la humanidad ayudando a la persona a hallar un significado a la enfermedad, sufrimiento y dolor, las personas con VIH o en estadio SIDA dependen del cuidado del enfermero, el cual debe estar capacitado y con los conocimientos necesarios al brindar cuidado en todas las dimensiones relacionadas al campo de la salud-enfermedad. Los pacientes con VIH/SIDA suelen tomarse su vida como una experiencia negativa, además, vivir con esta enfermedad altera la relación con su entorno, llegándose a producir situaciones de discriminación. Todo esto representa, un reto para el cuidado de enfermería, el cual se fundamenta en una interacción humana cuya complejidad es la interacción bilateral entre la enfermera y el paciente, e implica una reflexión de tipo moral, en cuanto involucra valores, sentimientos y justificaciones morales; que en la práctica han sido muy poco visibilizados (4).

Justificación

Debido al riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de los avances de la tecnología y la ciencia, de la mayoría de los sistemas del cuidado de salud, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiri-

tual y social en la práctica clínica, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería (4).

El cuidado a los pacientes con VIH o en estadio SIDA, constituye una parte del quehacer diario del profesional de enfermería, por tal motivo, los aportes de nuevos conocimientos son necesarios para lograr actos que exigen del profesional de enfermería una permanente conciencia de propósito y dirección ante la responsabilidad de implementar los mismos. La atención que como profesional de enfermería se brinda a los pacientes no solo debe estar basada en los conocimientos teóricos y prácticos que hemos adquirido, se debe tener en cuenta la parte humana, dejando a un lado nuestro punto de vista y las creencias para así no juzgar al paciente. Siendo el VIH/SIDA una enfermedad de alta trascendencia a nivel mundial es importante que el profesional de enfermería no solo conozca sobre ella sino que también busquemos a innovar y mejorar cada día los cuidados (5).

El cuidado de enfermería ayuda a la recuperación de la salud y a prevenir las complicaciones, sus resultados servirán para que de los pacientes con SIDA, requieren que las enfermeras ponga en práctica sus funciones, por lo tanto, realizar un estudio sobre esos aspectos permitirá caracterizar, desde una perspectiva teórica, el cuidado de enfermería que se proporciona en los establecimientos de salud, lo cual puede ser la base para elaborar protocolos de enfermería que garanticen un cuidado individualizado, humanizado, eficiente y oportuno, el cual influirá el bienestar fisiológico, psicológico y social del paciente (4).

Desarrollo

El VIH/SIDA se ha convertido en una enfermedad de los jóvenes, con casi 6.000 infecciones diarias ocurriendo en el mundo entre personas de 15 a 24 años (5). El VIH ataca y destruye las células CD4 del sistema inmunitario que combaten las infecciones. La pérdida de células CD4 dificulta la lucha del cuerpo contra las infecciones y ciertas clases de cáncer. Sin tratamiento, el VIH puede gradualmente destruir el sistema inmunitario y evolucionar al SIDA (1).

En la sociedad actual, la necesidad de humanizar el



cuidado al paciente con la finalidad de sensibilizar al profesional de salud ante los problemas psicosociales del paciente cuando está enfermo, el cuidado es la base del quehacer de enfermería esto implica realizar acciones planificadas, específicas y sobretodo que respondan a un contexto determinado que promuevan el bienestar del paciente a través de la empatía, de una relación interpersonal y que se logre una interacción con la persona que lo cuida favoreciendo de esta manera su crecimiento y transformación en forma recíproca (4).

Las personas viviendo con VIH en estadio SIDA, se enfrenta con muchos problemas, tales como: la estigmatización y discriminación por parte de la sociedad a los seropositivos (6).

La actitud del profesional de enfermería ante un enfermo infectado y que presenta serología positiva para el VIH, debe ser la misma que ante cualquier enfermo que presente cualquier otro tipo de patología, los rasgos propios de la enfermedad del SIDA, exigen que la enfermera posea una gran variedad de actitudes como profesional, incluso pedagógicas y de asesoramiento para proporcionar una asistencia óptima (3).

Ante el diagnóstico de VIH+, suele ser de rechazo y actitud negativa al realizar los cuidados de enfermería y llevar a cabo el tratamiento al igual que los demás pacientes, la responsabilidad profesional se basa en asumir la realización del tratamiento y los cuidados como cualquier otro paciente, pero siempre con las debidas normas de bioseguridad y el máximo cuidado (3) .

Se puede concluir que los profesionales de enfermería son el pilar fundamental del cuidado, tratamiento

que interfieren de manera negativa ante la posición de la enfermería al tratar a un paciente con VIH en estadio de SIDA, las cuales deben ser contrarrestadas con conocimiento y medidas de protección al momento de realizar los cuidados respectivos al enfermo el cual merece una atención de calidad, y humanizada que ayude a mejorar su calidad de vida.

Bibliografía

1. U.S National Library of Medicine. InfoSIDA. [Internet]. 2018. Visualizado 07 02 2019. Disponible en: <https://infosida.nih.gov/understanding-hiv-aids/fact-sheets/19/45/vih-sida--conceptos-basicos>
2. División de Enfermería. Manual General de Enfermería Humanización del Cuidado. Bibliografía. Hospital de Clínicas; 2010.
3. Kindelán Delís F. Carlos Marx y las prácticas de los cuidados de enfermería en la sociedad. Percepción cubana. MEDISAN; 17(7): 2039-2052. [Internet]. 2013 Visualizado 07 02 2019. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192013000700015&lng=es
4. Chang J. Características del cuidado humanizado que brinda la enfermera según las personas viviendo con VIH en estadio SIDA. Posgrado. Lima-Peru: Universidad Cayetano Heredia, Escuela de Posgrado; 2015.
5. Ortiz PA. Factores que influyen en el personal de enfermería para la atención de pacientes que viven con VIH/SIDA. Barquisimeto: Universidad Centro-Occidental Lisandro Alvarado, Decanato de Ciencias de la Salud; 2013.
6. Y. C. Factores que influyen en el Personal de Enfermería para la atención de pacientes que viven VIH/SIDA. Central Universitario, Unidad de Agudo Hospital Central Universitario; 2013.



Humanización del cuidado en Pediatría

Humanization of Pediatric Care

Gabriel José Suárez Lima

Licenciado en Enfermería. Universidad de Ciencias Médicas de la Habana.

Especializado en Anestesiología y Reanimación.

Máster en Ciencias en Urgencias Médicas en APS Univ. de Ciencias Médicas de la Habana.

Docente Facultad Ciencias de la Salud.

Coordinador de la Maestría en Salud Pública.

Instituto de Postgrado y Educación Continua Universidad Estatal de Milagro "UNEMI"

Tutor Internado Universidad Técnica de Babahoyo

ORCID: 0000-0001-8466-002X

Autor de correspondencia: gsua-rezl@unemi.edu.ec gabrieljo-se975@gmail.com

Resumen

La humanización del cuidado de la salud, implica una confrontación entre dos culturas distintas, entre dos maneras de ver el mundo. Por una parte, una cultura que privilegia el valor de la eficacia basada en los resultados de la tecnología y la gerencia, por otra, la cultura que da la primacía al respeto por la persona, por su autonomía y la defensa de sus derechos, uno de los mayores problemas que afrontan los sistemas de salud, es la deshumanización de los servicios de salud, la enfermedad, la atención de ésta constituyen hechos estructurales en toda sociedad; el objetivo del presente artículo fue realizar un abordaje reflexivo sobre la imperiosa necesidad que tienen los profesionales en salud, de brindar un cuidado humanizado en paciente pediátrico, la metodología utilizada para escribir este artículo ha sido la revisión de los conceptos de cuidado y humanización desde diferentes perspectivas aplicadas, para lo cual se revisaron publicaciones de los últimos 10 años, de autores internacionales.

Palabras clave: Humanización, cuidado, pediatría.

Abstract

The humanization of health care implies a confrontation between two different cultures, between two ways of seeing the world. On the one hand, a culture that privileges the value of efficiency based on the results of technology and management and, on the other, the culture that gives primacy to respect for the person, for their autonomy and the defense of their rights, one of the biggest problems facing health systems is the dehumanization of health services, the disease and its attention are structural facts in every society; The objective of this article was to make a reflexive approach on the urgent need that health professionals have, to provide a humanized care in pediatric patients, the methodology used to write this article has been the revision of the concepts of care and humanization from different perspectives and applied which reviewed publications of the last 10 years, of international authors

Keywords: Humanization, care, pediatrics.

Introducción

La enfermería considera a los niños como individuos, con unas características físicas, intelectuales, emocionales y espirituales que se van modificando a lo largo de las diferentes etapas de su desarrollo. Los cuidados enfermeros de calidad, los tratamientos eficaces, el progreso tecnológico además del desarrollo de las intervenciones centradas en la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, ha hecho posible que la atención a la salud infantil haya experimentado un avance importante(1).

El paciente pediátrico requiere una atención y cuidados especiales dado que los niños poseen características diferentes a un adulto en cuanto a su anatomía, fisiología y su interacción psicosocial con el medio ambiente. Los pacientes niños requieren unos cuidados integrales que promueven el humanismo, la salud y la calidad de vida(2).

EL trato digno al paciente pediátrico, es fundamental establecer una relación de empatía con el niño y su familia, para facilitar la continuidad de la atención y poder evaluar los efectos del cuidado, por medio de la satisfacción de las necesidades, proporcionando un ambiente seguro al paciente, es inspirar confianza y proveer una atención integral de calidad respetando su individualidad y sus derechos durante su estancia hospitalaria, éste debe ser por excelencia humanizado, donde se viva, se comprenda y se realicen acciones para el bienestar y confort de todo aquel paciente que reciba cuidados de enfermería (3).

El cuidado es el principio base de enfermería por eso se considera importante la presente investigación, que tiene como propósito indagar las prácticas humanísticas de cuidado en el área de pediatría, para generar una fuente de conocimiento que servirá para crear estrategias para la mejorar la atención y la aplicación de los principios éticos y morales, durante la práctica profesional.

Justificación

La niñez y la adolescencia son etapas del ciclo vital que poseen unas características y alteraciones propias, estas exigen del profesional de enfermería una serie de competencias específicas que le posibiliten brindar un cuidado holístico y de calidad tanto al usuario como a su familia

teniendo en cuenta el contexto en el que se desenvuelve.

Se lleva a cabo esta investigación teniendo en cuenta que el cuidado es un principio fundamental en el profesional de enfermería. Es interpretado desde varios puntos de vista ya que la enfermería es una disciplina, que entre sus acciones, ejecuta el cuidado integral del paciente-familia. Obtener conocimientos acerca de las necesidades del cuidado de los pacientes puede ser utilizado para el desarrollo de planes que permitan potencializar la sensibilización del personal de enfermería como defensor y conocedor de los derechos del usuario y su capacidad de actitud para brindar una buena atención.

Desarrollo

La Enfermería pediátrica se define como una profesión que ayuda a la infancia y a la colectividad en general, en estado de salud y de enfermedad, en la rehabilitación y ante una circunstancia difícil, como la muerte. Presta atención tanto física como psíquica, protege la salud y ayuda a conseguirla. Por lo tanto, se considera como una disciplina asistencial, humanística y científica(4).

El cuidado del enfermero en pediatría debe poseer estándares de atención que garanticen el respeto de los derechos de los niños y su familia, se caracteriza por proporcionar equidad, fiabilidad, efectividad y buen trato; la atención que provee debe estar impregnada de amor por la profesión, responsabilidad, humanismo y honestidad, que le permitan otorgar valores esenciales que conforman su comportamiento y determinar el nivel de calidad con que otorga el cuidado(3).

Según Rodríguez y Velázquez es fundamental establecer una relación de empatía con el niño y su familia, para facilitar la continuidad de la atención y poder evaluar los efectos del cuidado, por medio de la satisfacción de las necesidades (3). Ramos y Ferreira mencionan que los enfermeros de pediatría deben cumplir un papel de cuidadores y de educadores ya que la hospitalización de un niño ofrece oportunidad para desarrollar medidas de promoción y educación de la salud, mediante una interacción integral con la familia para proporcionar las condiciones favorecedoras desarrollo global del niño(5).

Por otra parte, Pino, Hurtado y Monasterio

mencionan que los niños que ingresan a las unidades de cuidados intensivos pediátricos (UCIP) son enfermos críticos con amenaza grave para su vida, potencialmente recuperables y que necesitan vigilancia continua de sus funciones vitales, los cuales requieren la aplicación de medidas de soporte vital, debido a su patología, basándose principalmente en cuidados curativos y paliativos. Los objetivos de las unidades de UCIP son: mantener la calidad de vida, aliviar el sufrimiento, evitar los riesgos para el paciente, restaurar la salud y respetar los derechos del paciente (6).



El concepto de humanización ha ocupado lugar de destaque en las actuales prácticas de reconstrucción de la salud, en el sentido de mayor integridad, efectividad y acceso. La humanización de la atención recuperó su esencia en la atención de los servicios de salud; ahora que tanto se habla de medición de los procesos de calidad institucional, este es un criterio fundamental. Por ello es primordial expresarlo de manera clara en los principios filosóficos que orientan el quehacer institucional (6).

La humanización bajo el punto de vista de la hermenéutica significa la organización de las prácticas de salud, retratando el compromiso de las tecnologías en sus medios y fines, con la realización de valores humanos. Humanizar visa el proceso de subjetivación para producir cuidados en salud combatiendo la despersonalización y el reconocimiento y respeto al otro con distinción cultural (7).

Por todo se puede concluir que es fundamental conllevar una relación entre enfermero-paciente familia, la cual favorece el establecimiento de relaciones interpersonales para de esta manera proveer una atención integral de calidad, respetando sus derechos, desarrollando cuidados humanizados que ayuden a la pronta recuperación y bienestar del paciente pediátrico. De

la misma manera, el proceso de cuidar en pediatría determina que el enfermero desarrolle sus capacidades para responder con competencia en cuidados humanizados y holísticos, logrando mantener una atención a los pacientes de calidad, en asociación con la familia. Finalmente, la enfermería debe cumplir un rol fundamental en la educación de salud ya que se encuentra con los padres del niño durante su estancia hospitalaria, permitiendo promocionar salud para que de esta manera los padres lleven un control y cuidado de su hijo, y así prevenir futuras enfermedades.

Bibliografía

1. Sellán Soto MdC, Díaz Martínez M, Vázquez Sellán A. Valoración del dolor y aplicación de intervenciones terapéuticas enfermeras en el paciente neonatal y pediátrico, en contextos asistenciales hospitalarios. *Revista Cubana de Enfermería*. 2012; 28(2).
2. Arrieta Terán E, Castro Martínez M, Zambrano EK. Percepción del cuidado humanizado de los cuidadores de los niños hospitalizados en el Hospital Infantil Napoleón Franco de la ciudad de Cartagena en el segundo periodo del año 2013. Programa de Enfermería de la Cooperación Universtaria Rafael Nuñez. 2014;(148).
3. Rodríguez Ramos MdS, Velázquez Quintero G. Trato digno en los cuidados de enfermería. *Revista Mexicana de Enfermería Cardiológica*. 2014 Septiembre- Diciembre; 22(3).
4. Urbina Laza O. La Enfermería Pediátrica en los cuidados para la salud infantil. *Revista Cubana de Enfermería*. 2012; 28(2).
5. Ramos Mendes G, Ferreira Pereira M. Asociación en los cuidados de enfermería en pediatría: del discurso a la acción de los enfermeros. *Revista de Enfermería Referencia*. 2012; 3(6).
6. Pino Armijo P, Hurtado LSJ, Monasterio Ocares M. Implicancias éticas en el manejo del niño gravemente enfermo atendido en una Unidad de Paciente Crítico Pediátrica. *Acta Bioeth*. 2014; 20(1).
7. Bermejo-Higuera J. Humanización de la Atención Sanitaria. Importancia y significado en una muestra de población de la Comunidad de Madrid. *Ética de los Cuidados*. 2011;(3(9)).
8. Dumblo C, Mera G. Retos para enfermería en el cuidado de personas con dolor: una forma de humanización. *Rev Cuid*. 2014;: p. 80-269.

En el proceso de la humanización. Autonomía, vulnerabilidad y alfabetización del paciente

In the process of humanization. Patient autonomy, vulnerability and literacy

Visiers Jiménez, L. (1)
Blázquez García, JF (2)
Ortega Lozano, R. (3)
Recio Vivas, A. (4)
Peña Otero, D. (5)

1.-Profesora. Fundación San Juan de Dios. Centro de Ciencias de la Salud San Rafael. Universidad Antonio de Nebrija (Madrid, España). <https://orcid.org/0000-0001-7120-1422>

2.- Enfermero Coordinador de Responsabilidad Social Corporativa. Hospital Clínico San Carlos. Servicio Madrileño de Salud (Madrid, España). <https://orcid.org/0000-0002-2623-5129>

3.- Profesor Centro Universitario de Ciencias de la Salud San Rafael Nebrija (Madrid, España). <https://orcid.org/0000-0002-7678-0483>

4.- Profesora. Fundación San Juan de Dios. Centro de Ciencias de la Salud San Rafael. Universidad Antonio de Nebrija (Madrid, España). <https://orcid.org/0000-0002-0701-7855>

5.- Hospital de Sierrallana. Servicio Cántabro de Salud (Cantabria, España). Grupo de Enfermería Instituto de Investigación Sanitaria Gregorio Marañón (Madrid, España). <https://orcid.org/0000-0001-6896-2984>

Autor de correspondencia:
lvisiers@nebrija.es

Resumen

Este artículo propone una reflexión sobre el cambio que se ha ido llevando a cabo a partir de la segunda mitad del siglo XX cuando aparece definido el principio de autonomía en las ciencias de la salud. Este cambio paradigmático, que dejó atrás el modelo paternalista, ha tenido un impacto en la relación clínica y está lejos de haber concluido. El modelo participativo del paciente en la toma de las decisiones con respecto a su tratamiento sigue siendo uno de los temas centrales cuando se habla de humanización de la salud.

Palabras clave: Alfabetización en salud; Humanización; Enfermería

Abstract

This article proposes a reflection on the change that has been taking place since the second half of the twentieth century when the principle of autonomy in the health sciences was defined. This paradigmatic change, which left behind the paternalistic model, has had an impact on the clinical relationship and is far from over. The patient's participative model in making decisions regarding treatment continues to be one of the central issues when talking about the humanization of health.

Keywords: Health literacy; Humanization; Nursing

Se ha planteado como nuevo reto en el ámbito de la salud el proceso de humanización en la atención sanitaria. Este artículo propone una reflexión sobre el cambio que se ha ido llevando a cabo a partir de la segunda mitad del siglo XX cuando aparece definido el principio de autonomía en las ciencias de la salud. Este cambio paradigmático, que dejó atrás el modelo paternalista, ha tenido un impacto en la relación clínica y está lejos de haber concluido. El modelo participativo del paciente en la toma de las decisiones con respecto a su tratamiento sigue siendo uno de los temas centrales cuando se habla de humanización de la salud. La aparición de nuevos términos como puede ser el de co-creación en el ámbito sanitario es tan sólo una muestra de la dirección a la que se están dirigiendo los esfuerzos en la atención y gestión sanitaria y la relación clínica. Sin embargo, todavía existen desafíos que sortear y este artículo tratará de incidir en ellos. Dos de los principales son, por un lado, la alfabetización del paciente, que requiere de una serie de motivaciones, conocimientos y competencias por parte del ciudadano con respecto a su salud y, por otro, el de la vulnerabilidad cuando se habla de cuidados. Toda esta reflexión se abordará en un sentido amplio, pero con la intención de analizar el rol que desempeña la enfermería como elemento clave en este proceso de humanización.

En el mundo de la salud el término de autonomía es muy reciente, sobre todo si se piensa que el famoso juramento hipocrático fue un código que rigió la moralidad en la práctica sanitaria por más de dos milenios. En él se expresan ciertas obligaciones como son: evitar el daño o perjuicio al paciente a través del tratamiento; nunca dar un fármaco letal o abortivo; atender al paciente sin incurrir en prácticas corruptas y guardar discreción de la información que oyese de los pacientes o sus familiares durante su consulta (1). Sin embargo, no habla en absoluto del derecho que tiene el paciente de saber la información sobre el diagnóstico de su enfermedad y de los posibles tratamientos. Tampoco menciona si es el profesional de la salud quien tiene la obligación de brindar al paciente este conocimiento y, mucho menos, si se debería otorgar al paciente la libertad de aceptar, rechazar o elegir entre los posibles métodos de curación que podrían aliviar su malestar. En otras palabras, el paciente no podía ejercer su autonomía, sino que tenía que asumir los dictados del pro-

fesional de la salud (ética heterónoma), por mucho que, como se ha visto, se actuara en beneficencia del paciente.

Esta situación cambia hacia las décadas de 1950-1960 cuando se plantea la implementación de modelo de autonomía en la práctica sanitaria (2). Dicho modelo entra en conflicto algunas veces cuando se enfrenta al modelo de beneficencia, también conocido como modelo paternalista. El paternalismo es el término que se ha utilizado para ilustrar el papel que ejerce el sanitario en la toma de decisiones sin contar con el paciente. Hoy en día el paternalismo médico se considera una mala práctica (3) no solo en el terreno ético, sino que también desde el ámbito legal (4). El profesional de la salud tiene el deber de informar al paciente sobre la enfermedad, el tratamiento que le sugiere seguir, otros tratamientos alternativos (si existen), etc. Con esta información el paciente tiene el derecho a decidir qué hacer con respecto a su salud; con lo que se ha consolidado su autonomía... o eso queremos creer.



Lo cierto es que el modelo de autonomía dista mucho de haberse alcanzado. Para empezar existen muchos matices que rara vez se toman en cuenta. Por ejemplo, que se trata de un concepto dinámico y no estático. “Invocar la autonomía para luego, acto seguido, suspenderla, es lógicamente contradictorio, y desde el punto de vista de la ética, simplemente aberrante, pues liquida la propia autonomía como principio [...] la autonomía no puede cancelarse temporalmente; debe actualizarse en cada momento porque el consentimiento informado es un proceso y no un mero resultado” (5). En este sentido las decisiones que tome el paciente en un momento, pueden cancelarse o modificarse en otro. Aspecto especialmente sensible en casos relacionados con el final de la vida (documento de instrucciones previas), el comienzo de la misma (aborto, gestación subrogada y otras técnicas de reproducción humana asistida), la donación de órganos y en la investigación sanitaria.

Hay que asumir que instaurar una nueva cultura en la forma de hacer puede presentar dificultades al inicio hasta que la senda esté bien marcada. Por consiguiente, más allá de la mera práctica clínica, el cambio supone una oportunidad para modificar hábitos a todos los niveles de la asistencia sanitaria y en la población, de manera que el respeto, la empatía, el mundo emocional, moral y afectivo de las personas se incorpore a la atención sanitaria consiguiendo así un abordaje integral u holístico (6).

La toma de decisiones compartidas supone un cambio de paradigma en la relación clínica. El paternalismo ya no sólo queda agotado sino que es superado en términos de costo-eficiencia al corresponsabilizar a cada individuo de su salud. Lo cual no quiere decir que se le abandone a su suerte, sino que al paciente se le ofrecerá un asesoramiento y acompañamiento profesional a través de herramientas como la relación de ayuda o counselling, el coaching, la entrevista motivacional, la comunicación en equipo, la negociación y la mediación, entre otros. Todo ello con la finalidad de brindar el mejor cuidado a las personas teniendo en cuenta sus aspectos biopsicosociales. El rol profesional continuará siendo el de informar y asesorar sobre la evidencia disponible, acompañar durante el proceso de toma de decisiones y apoyar a cada individuo teniendo en cuenta sus valores, sus miedos y los recursos de los que dispone. Por otro lado, cada vez está más extendida la relación que existe entre comunicación (transmisión adecuada de la información) y la toma de decisiones; así como los nuevos roles que, tanto pacientes, como profesionales de la salud adquieren (7). ¿Cómo es posible que el paciente tome una decisión autónoma si no es capaz de comprender su diagnóstico, su pronóstico y los posibles tratamientos? Para que el paciente pueda ejercer su autonomía el profesional de la salud debe estar capacitado para poder informar de forma clara (que sea comprensible) y armónica (que se adecúe al interlocutor) (8). Pero yendo más lejos, dentro del modelo participativo de la sanidad, la co-creación ha hecho partícipe del sistema sanitario al usuario, estableciendo junto a él estrategias innovadoras y creativas de cuidado para dar respuesta a las posibles necesidades relacionadas con su salud y, por ello, su destreza es la personalización y la humanización de la asistencia (9).

Sin embargo, la toma de decisiones compartidas no sólo tiene que ver con un respeto de la autonomía del paciente, sino que incide a nivel terapéutico y por ende en el principio de beneficencia que debe promover todo sanitario (hacer lo mejor por el paciente). En el año 2003 la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó que solo el 50% de los pacientes cumplen estrictamente el tratamiento. Es decir, se ha evidenciado la necesidad de disponer de metodologías que favorezcan la adherencia al tratamiento, ya que en caso de mejorar la misma se obtendrían beneficios directos en la salud de las personas, en la eficiencia de los recursos destinados a la asistencia sanitaria e incluso para la salud pública (10).

Con el objetivo de afrontar la falta de adherencia, la toma de decisiones compartidas es una herramienta clave. Para ello hay que entender este nuevo modelo como un estilo de relación entre el profesional sanitario y el paciente que se puede aplicar a todo tipo de interacción o de consulta, ya que siempre existen diferentes opciones. Incluso la opción de no hacer nada, según aparece redactado en el boletín INFAC (11), se revela como la mejor herramienta a disposición del profesional sanitario para conseguir fomentar un mejor cuidado de la salud.

Mediante esta forma de relación se puede conseguir: cumplir con el deber legal y ético del respeto al principio de autonomía de las personas, trabajar desde un modelo de atención centrado en el paciente y su familia que, además, fomente la humanización de la dinámica asistencial sanitaria reconociendo a ambas partes como sujetos de dignidad y, finalmente, promover movimientos de empoderamiento de la ciudadanía que promuevan la participación activa de los individuos como colaboradores de su autocuidado en salud, pilar fundamental para vertebrar la atención socio sanitaria (12).

En la actualidad, la inclusión de políticas de responsabilidad social corporativa en las organizaciones es una buena forma de incorporar la voz del ciudadano en la sanidad, fomentar su protagonismo y ofrecerle un espacio abierto de participación ciudadana que fomente la cultura de la salud. Ejemplos de este cambio son la creación de comités de pacientes y la realización de actividades transversales que sirvan de encuentro y sitúen al mismo nivel a los profesionales y a los ciudadanos. Con ello, se contribuye a

que progresivamente se normalice un tipo de relación equitativa de respeto mutuo y colaboración en búsqueda de objetivos comunes, a saber, la salud de cada persona.



La alfabetización en Salud (AES) “engloba las motivaciones, los conocimientos y las competencias de las personas para acceder, entender, evaluar y aplicar la información sobre la salud en la toma de decisiones sobre la atención y el cuidado sanitario, la prevención de enfermedades y la promoción de la salud para mantener y mejorar la calidad de vida a lo largo de ésta” (13). Es probable, que dentro de los diversos perfiles del sanitario, el papel de los profesionales de enfermería haya evidenciado mayor número de competencias y responsabilidades cuando se trata del cuidado al paciente o de la atención a la ciudadanía; y quizás - dejando de lado aspectos específicos de seguridad e integridad- la comunicación encabece la lista. Continuando con la aportación de la Editorial de Ester Risco (14) cabe resaltar su última frase: para comunicar hay que saber comunicar; para cuidar hay que saber comunicar.

El Proyecto European Health Literacy Survey (HLS-EU) financiado por la Comisión Europea y en el que colaboran ocho países europeos coordinados por la Universidad de Maastricht, tiene como finalidad establecer una red europea de AES (15). En relación a este proyecto, la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid (España), en colaboración con el laboratorio farmacéutico Esteve, ha llevado a cabo recientemente el Proyecto Alfahealth. El estudio ha sido realizado sobre una población de más de 1.500 madrileños mayores de 17 años, con objeto de conocer su grado de AES. Se llevó a cabo un cuestionario estructurado en tres temáticas: la información y la atención sanitaria, la prevención de enfermedades y cuidados y la promoción de hábitos saludables. El objetivo era disponer de infor-

mación básica sobre los conocimientos que tienen los madrileños sobre su salud para la posterior planificación y reorientación de políticas sanitarias en el marco del Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria. El resultado global sobre el grado de alfabetización sanitaria de los madrileños, según se desprende de la investigación, está en consonancia con el resto de España y también con el resto de los países de la Unión Europea y es preocupante. Solo es excelente en un 7-8% de la población, suficiente en un 32-33%, problemática en un 50-52% e inadecuada en un 7-8% de los casos (16).

Las consecuencias más relevantes de una AES inadecuada son: 1) un uso limitado de recursos preventivos; 2) detección tardía de la enfermedad; 3) peor comunicación entre los profesionales sanitarios y los pacientes; 3) mayor desconocimiento sobre la enfermedad y sus síntomas; 4) mayor tasa de hospitalización y uso abusivo de los servicios de urgencias; 5) consumo inadecuado de los medicamentos, errores de dosificación y baja adherencia terapéutica (17). Por todo ello, se deben establecer estrategias para aumentar la AES entre la población, ya que lograrían un mayor conocimiento en las enfermedades crónicas y poblaciones vulnerables, una mayor adherencia al tratamiento, fomentaría el uso de los servicios de prevención de salud y animaría a los ciudadanos a hacer un uso racional de los servicios de urgencias hospitalarias (18).

Se parte del hecho de que las personas tienen derecho a una vida digna en libertad e igualdad, pero este derecho puede verse conculcado por múltiples causas (19). En el área de salud los términos vulnerabilidad y vulnerable se encuentran en muchas investigaciones (20). La categoría vulnerabilidad es entendida de manera general como la posibilidad de que las personas sufran un detrimento en su derecho a vivir una vida normal social de acuerdo a los parámetros habituales del grupo social en que están y al que pertenecen, por causa de factores socioculturales y personales (21). Si se habla de colectivos vulnerables, esta limitación se presenta con más frecuencia y, en muchas ocasiones el problema se difumina ante el desconocimiento y la falta de empatía de los que les rodean. Ancianos, personas con problemas de salud mental, personas con discapacidad y poblaciones inmigrantes son algunos de los colectivos que con frecuencia sufren las consecuencias de ello.

La circunstancia de estar enfermo o en fase paliativa puede cambiar la perspectiva y generar interrogantes de quién se es, de lo qué le gustaría haber sido, de la importancia de la familia y su entorno, etc. Los valores y las prioridades cambian y hay un interrogante acerca del sentido de la existencia (20,23). El profesional de enfermería debería considerar al paciente como persona en todos los estados de salud, así como en los estados de máxima vulnerabilidad (24) como puede resultar de cualquier institucionalización.

Según Waldow “el principio de la vulnerabilidad se relaciona directamente con el cuidar y con la idea de responsabilidad. Existe el imperativo de la vulnerabilidad, o sea, frente a la vulnerabilidad ajena no se puede permanecer pasivo o inmutable, sino que se debe responder solidariamente, poniendo todo lo que pueda de mi parte para mitigar esa vulnerabilidad y ayudar al otro a desarrollar su autonomía personal, física, moral e intelectual” (20). Se cae en el error de dar por hecho que una persona por ser anciano no sabe qué es lo que más le conviene o que, por tener una enfermedad mental, el juicio de una persona va a estar alterado, pero ¿acaso todos los mayores son iguales? ¿Todas las patologías comparten sintomatología? Las características de cada persona hacen necesario que se individualicen las intervenciones atendiendo a sus necesidades y respetando su voluntad. El nuevo modelo de pacientes más informados al que se ha estado haciendo referencia a lo largo de este artículo ¿puede considerarse tal sin ser en verdad inclusivo? ¿Sin atender al vulnerable, librándose de estereotipos? (22).

Mayor información no supone mejor conocimiento y más responsabilidad sobre la salud. Conseguir esto requiere de un complejo trabajo destinado a aumentar la conciencia social e individual de las personas como agentes de salud y como usuarios responsables (23). En la actualidad existen muchas dificultades para llevar esto a la práctica: la falta de formación, la inseguridad del personal sanitario y la escasez de tiempo son algunos de los factores que limitan el desarrollo de este modelo. Esta situación se ve magnificada cuando hablamos de colectivos vulnerables, ya que entra en juego un concepto denominado “capacidad”. La evaluación de la capacidad sanitaria es, en la práctica diaria y en la mayoría de los casos, subjetiva

y, por lo tanto, prudencial. Esto se debe a que no existen aún criterios (definición de habilidades y aptitudes a evaluar), estándares (grados de suficiencia a exigir) y protocolos (proceso para determinarla) consensuados para realizarla en forma objetiva y adecuada (25).

El ejercicio de la autonomía de las personas, exige que se cumplan al menos tres condiciones (26):

1. Actuar voluntariamente, es decir libre de coacciones externas.
2. Tener información suficiente sobre la decisión que va a tomar, es decir, sobre el objetivo de la decisión, sus riesgos, beneficios y alternativas posibles.
3. Tener capacidad, esto es, poseer una serie de aptitudes psicológicas –cognitivas, volitivas y afectivas– que le permiten conocer, valorar y gestionar adecuadamente la información anterior, tomar una decisión y expresarla.

Decir que una persona actúa de forma voluntaria, sin coacciones y con información suficiente, ya es de por sí complicado, pero si además se pertenece a un colectivo en el que rutinariamente se cuestiona la capacidad para entender y tomar decisiones el problema se ve acrecentado. Por tanto, la autonomía en ciertos colectivos se ve limitada y vulnerada con frecuencia y la normalización de esta situación agrava el problema con el que estas personas se encuentran de forma diaria.

Tener en cuenta la opinión del paciente es una forma de promover los autocuidados. Escuchar al paciente e implicarlo en las decisiones de salud puede tener, por sí mismo, un efecto terapéutico (27). No tener en cuenta al paciente es no respetar su autonomía y esto hace que las personas se sientan tratadas como objetos y pierdan la confianza que tienen en el profesional que trabaja con ellas (28). En algunos colectivos, esta situación ocurre con frecuencia al no permitirles tener voz ante lo que les ocurre y preocupa. No es necesario hablar de decisiones complejas, basta con acercarse al día a día de estas personas que terminan asumiendo y normalizando el hecho de que no pueden valerse por sí mismas y de que necesitan que otras personas les digan qué y cómo hacer. El esfuerzo que los profesionales deben realizar por favorecer la autonomía

y el empoderamiento de los pacientes es pieza clave a la hora de conseguir un reto tan complejo como es asegurar que toda persona participe en su proceso sanitario. Adaptar e individualizar las intervenciones en función de las necesidades de los pacientes, luchar contra el estigma que sufren con frecuencia algunos colectivos y motivar a los profesionales para trabajar en esta materia son algunas de las actividades necesarias para conseguir ese cambio necesario en el modelo sanitario.

La autonomía es un concepto que aparece en la filosofía de Kant y que es revisada por John Rawls: “de acuerdo con una tradición reconocible como kantiana-rawlsiana, «autonomía» refiere a una propiedad de la voluntad de los adultos humanos, cuando se ven a sí mismos como legisladores morales prescribiéndose principios generales racionalmente, no motivados por determinismo alguno ni por deseos sensuales” (29). Bajo esta perspectiva la autonomía va de la mano de la responsabilidad. De ahí, que el papel que juega la autonomía (en todo sujeto moral autónomo) esté relacionado con la aceptación de consecuencias. Un aspecto que debería tomarse en cuenta siempre, pero en especial con pacientes que han sido diagnosticados de enfermedades en las que se vaya a ver mermada su autonomía y, por consiguiente, que puedan considerarse de alta vulnerabilidad. En estos casos, no sólo la información que se les pueda brindar es fundamental, sino que la toma de decisión debe ser programada (incluso utilizando el documento de instrucciones previas) y, como se ha mencionado, contando con la esencia dinámica de la autonomía. Esta toma de decisiones además, para cumplir con la idea de sujeto moral autónomo kantiana, debería estar centrada no sólo en aquello que prevé para su futuro el paciente, sino para el de sus allegados.

El cuidado, como esencia del ser y en el área de salud, como concepto esencial de la enfermería, tiene relevancia fundamental al lidiar con el dolor, la ansiedad, la angustia, el sentimiento de pérdida, el temor de lo desconocido y tantos otros sentimientos que acometen al sujeto cuidado (20). El grado de AES de una población ha de ser entendido como un indicador resultado de las intervenciones de enfermería de educación para la salud llevadas a cabo, permitiendo objetivar su éxito o fracaso. Son los profesionales de enfermería, en el marco de un equipo multidisciplinar, el perfil idóneo

para emprender intervenciones de educación para la salud. Específicamente a través de la detección precoz y el abordaje de diagnósticos enfermeros como: (00078) Gestión ineficaz de la salud; (00079) Incumplimiento; (00080) Gestión ineficaz de la salud familiar; (00099) Mantenimiento ineficaz de la salud; (00126) Conocimientos deficientes, etc.(30) así como de la planificación y ejecución de Intervenciones enfermeras como: (5510) Educación para la salud; (5602) Enseñanza: proceso de enfermedad; (5606) Enseñanza: individual; (5616) Enseñanza: medicamentos prescritos, etc. (31).

Sin lugar a dudas, al proceso de humanización en la asistencia sanitaria le queda un largo recorrido donde el ciudadano pueda ejercer el protagonismo de su propia autonomía en materia de salud, siendo los profesionales de enfermería piezas clave facilitadoras para que así sea.

Bibliografía

- (1) Hipócrates. Juramento. En *Tratados hipocráticos*. 3rd ed. Madrid: Gredos; 2008.
- (2) Beauchamp T, McCullough B. *Medical Ethics. The Moral Responsibilities of a Physician*. Nueva York: Prentice-Hall; 1984.
- (3) Organización Médica Colegial de España. *Código de deontología médica. Guía de ética médica*. Madrid: Consejo General de Colegios Oficiales de Médicos; 2011.
- (4) Boletín Oficial de Estado. Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica. BOE 2002 15/XI/2002;274.
- (5) Guerra MJ. *Contra la llamada gestación subrogada. Derechos humanos y justicia global versus bioética neoliberal*. *Gaceta Sanitaria* 2017;21(6):535-538.
- (6) Costa Alcaraz AM, Almendro Padilla C. *Un modelo para toma de decisiones compartida con el paciente*. *Atención Primaria* 2009;41(5):285-287.
- (7) Ruiz-Azarola A, Perestelo-Pérez L. *Participación ciudadana en salud: formación y toma de decisiones compartida*. Informe SESPAS 2012. *Gaceta Sanitaria* 2012;26(1):159-161.
- (8) Ballenato Prieto G. *Comunicación eficaz: Teoría y práctica de la comunicación humana*. Madrid: Pirámide; 2013.
- (9) Visiers Jiménez L, Ortega Lozano R. *Impacto en la gestión sanitaria de la implementación de la co-creación en los cuidados de enfermería*. *Tesela* 2019;v25:e12132.
- (10) World Health Organization. *Adherence to long-term therapies. Evidence for action*. Ginebra: WHO Library; 2003.
- (11) Centro Vasco de Información de Medicamentos. *Participación del paciente en la toma de decisiones*. Boletín INFAC 2014;22(3) Visualizado el 14/VI/2019. Disponible en: https://www.osakidetza.euskadi.eus/r85-pkcevi04/es/contenidos/informacion/cevime_infac_2014a/es_def/index.shtml.

- (12) Astorga-Pinto S, Cabieses B, Espinoza M. Participación social y toma de decisiones sobre cobertura en salud: una revisión. *Cuadernos Médico Sociales* 2018;58(3):59-68.
- (13) Sørensen K, Van den Broucke S, Fullam J, Doyle G, Pelikan J, Slonska Z, et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC public health* 2012;12(1):80.
- (14) Risco E. Para cuidar hay que saber comunicar. *Nursing* 2019;36(2):4.
- (15) Sørensen K, Pelikan JM, Röthlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health* 2015 Dec;25(6):1053-1058.
- (16) Alfahealth. Por una alfabetización en salud excelente. 2019; Visualizado el 14/VI/2019. Disponible en: <http://alfahealth.es/educacion-en-salud/>
- (17) Programa Europeo de Salud Pública. Encuesta Europea de Alfabetización en Salud. 2018; Visualizado el 14/VI/2019. Disponible en: <https://www.fundadeps.org/actividades/documentos/362/EHLS-alfabetizacionsanitaria.pdf>
- (18) Francos Torre E. La alfabetización en salud de usuarios de los servicios de urgencias hospitalarios. *Revisión Bibliográfica. Nuberos Científica* 2018;3(25):40-48.
- (19) Pantoja L, Añaños F. Actuaciones socioeducativas con menores vulnerables, en riesgo, relacionados con las drogas: reflexiones críticas. *Pedagogía Social: revista interuniversitaria* 2010;17:109-122.
- (20) Waldow Vera R. Cuidado humano: la vulnerabilidad del ser enfermo y su dimensión de trascendencia. *Index Enferm* 2014;23(4):234-238.
- (21) Arbex C. La vulnerabilidad en los menores: el espacio educativo. In: Pantoja L, editor. *Los menores vulnerables y su relación con las drogas* Bilbao: Universidad de Deusto; 2005. p. 77-100.
- (22) Jovell AJ. El paciente del siglo XXI. *Anales Sis San Navarra* 2006;29(S3):85-90.
- (23) Yáñez-Dabdoub M, Vargas-Celis I. Cuidado humanizado en pacientes con limitación del esfuerzo terapéutico en cuidados intensivos desafíos para enfermería. *pers bioét* 2018;22(1):56-57.
- (24) Regina Waldow V. Cuidado humano: la vulnerabilidad del ser enfermo y su dimensión de trascendencia. *Index Enferm* 2014;23(4):234-238.
- (25) Bórquez G, Raineri G, Bravo M. La evaluación de la «capacidad de la persona»: en la práctica actual y en el contexto del consentimiento informado. *Revista médica de Chile* 2004;132(10):1243-1248.
- (26) Simón-Lorda P. La capacidad de los pacientes para tomar decisiones: una tarea todavía pendiente. *Revista de la Asociación española de Neuropsiquiatría* 2008;28(2):327-350.
- (27) Alcaraz A, Padilla C, Vicente S, Casaurrán R. ¿Es posible ayudar a los pacientes a decidir? *Atención Primaria* 2008;40(2):97-99.
- (28) Costa-Alcaraz A, Siurana-Aparisi J, Almendro-Padilla C, García-Vicente S, Ordovás-Casaurrán R. Reconocimiento recíproco y toma de decisiones compartida con el paciente. *Revista clínica española* 2011;211(11):581-586.
- (29) González Marín C. Autonomía y heteronomía. *Isegoría: Revista de filosofía moral y política* 2004;30:189-204.
- (30) Herdman TH, Kamitsuru S(). *Diagnósticos enfermeros: definiciones y clasificaciones 2015-2017*. Barcelona: Elsevier; 2015.
- (31) Bulechek GM, Butcher HK, Dochterman JM, Wagner CM. *Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC)*. 6ª ed. Barcelona: ELSEVIER; 2014.

NORMAS DE PUBLICACIÓN

La Revista ENFERMERÍA ACTIVA, tiene una periodicidad trimestral y publicará artículos originales e inéditos en los idiomas español, portugués e inglés. Anualmente se publicarán las ediciones extraordinarias que el interés o las necesidades del Comité Editorial demanden

Esta publicación está abierta a la acogida de temas de interés sanitario y sociales relacionados de cualquier ámbito de la Enfermería.

La Revista ENFERMERÍA ACTIVA tiene el ISSN 2444-782x, que certifica los trabajos en ellas publicados, y concede validez para su autores/as a los efectos profesionales que puedan serles oportunos (carrera profesional, acreditación de competencias profesionales, baremos de méritos, etc.) y realiza una revisión por pares de la calidad de los originales enviados para verificar la calidad e idoneidad de los mismos de cara a su publicación

Los/as autores que remitan trabajos para su publicación tendrán acuse de recibo del mismo, sin que esto suponga el compromiso de su publicación, la cual quedará supeditado a la revisión del Comité Internacional de Evaluadores, que, como se ha indicado, a doble ciego valorarán la pertinencia de los originales para ser publicados.

El Consejo Editorial y el Comité Internacional de Evaluadores se reservan el derecho de introducir modifi-

caciones de estilos, así como realizar los reajustes del texto que consideren necesarios, con el compromiso de respeto por el original remitido y haciendo partícipes a los autores mediante sugerencias con el fin de alcanzar un resultado más eficaz en la publicación.

Los conceptos e ideas expuestos en los trabajos son de la exclusiva responsabilidad de sus autores/as y representan su opinión personal.

Esta publicación incluirá, además de trabajos científicos, otros artículos de interés, entrevistas y cualesquiera otras secciones sean consideradas de interés por su Consejo Editorial.

Los trabajos y colaboraciones podrán remitirse por correo electrónico a la Dirección de la Revista, en la dirección electrónica enfermeriaactiva@inursingn.com

La revisión por pares de los manuscritos se realizará por expertos internacionales, manejando los mismos de manera anónima y confidencial. Los revisores asignados no pueden tener conflicto de intereses con la obra a revisar, la cual no puede estar previamente publicada.

La extensión de los trabajos no podrá superar los 25 folios con tipo de letra corbel número 11 interlineado sencillo y con sangría normal. De forma genérica pueden constar de los siguientes apartados:

Título.

Autor/es: Debe figura su/s nombre/s, categoría/s profesional/es y lugar/es de trabajo y el ORCID. Si el número de autores es superior a seis, se incluirán los seis primeros, añadiendo la partícula latina et al.

Resumen: La extensión del resumen no será superior a 250 palabras y su lectura debe permitir conocer los aspectos principales del trabajo: objetivos, metodología, resultados más relevantes y principales conclusiones.

Palabras clave: Se aconseja señalar un número de entre 3 y 5 palabras claves, incluidas el "Descriptor de Ciencias de la Salud" (<http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>). Se incluirán las palabras en los 3 idiomas propuestos en el DECS -español, portugués, inglés-.

Title: Traducción al inglés del título (si el artículo original se publica en inglés, la traducción será al español).

Abstract: Traducción al inglés del resumen (si el artículo original se publica en inglés, la traducción será al español).

Key words: Traducción al inglés de las palabras clave (si el artículo original se publica en inglés, la traducción será al español).

Introducción: Debe establecer los objetivos y justificación, así como las referencias más relevantes de los trabajos publicados que permitan contextualizar el tema de estudio.

Material y métodos: En este apartado se describirán las principales características de la metodología utilizada, sujetos de estudio, procedimientos, tipo de análisis, tiempo del estudio, etc.

Resultados: Se deben destacar los resultados más relevantes, y se debe evitar en la medida de lo posible repetir información proporcionada por tablas y figuras.

Discusión: Interpretación de los resultados y comparación de los mismos con estudios similares llevados a cabo por otros autores. Limitaciones del estudio tras su ejecución.

Conclusiones: Consideraciones finales de los autores en relación con la discusión del estudio y los objetivos del mismo.

Bibliografía: Las referencias bibliográficas se ajustarán a las Normas de Vancouver su exactitud es responsabilidad de los autores. Deberán ir numeradas correlativamente según su aparición en el texto por primera vez, con número arábigos volados. Cuando coincidan con un signo de puntuación, la cita precederá siempre a dicho signo.

Anexos: Se pueden recoger en estos: las escalas, hoja de recogida de datos, tablas, figuras, etc. Las tablas y fotografías podrán ser incluidas en el texto, o ser enviadas en un archivo adjunto (Word, Excel, Power-Point etc.). Dichos elementos irán referenciados en el texto y acompañados de una leyenda en el archivo adjunto (Ej.: figura 1, tabla 1, foto 1, gráfico 1).

Agradecimientos: Se podrán incluir los agradecimientos que los autores consideren someter, dentro del contexto del trabajo.

NORMAS DE ESTILO Y AUTORÍA PARA LA PUBLICACIÓN EN ENFERMERÍA ACTIVA

Al incluir las referencias bibliográficas identificamos las ideas e información que han sido tomadas de otr@s autor@s. Plagiar es copiar una obra o parte de ella (texto, datos o imágenes) sin mencionar al autor/a de la obra o la idea, haciéndola pasar como propia. Por todo ello, es importante hacer un uso responsable, ético y legal de la información que se utiliza cuándo se elabora un artículo científico. Siguiendo las líneas marcadas en el año 1978 en la ciudad de Vancouver, el Comité Internacional de Editores de Revistas de Ciencias de la Salud (ICMJE) ha generado las “Recomendaciones para la conducta, presentación de informes, edición y publicación de Trabajo académico en revistas médicas” en el 2013.

Enfermería Activa, revista de difusión científica de la International Nursing Network, tiene licencia digital Creative Commons a fin de combatir el plagio pero velando por el acceso universal a la investigación, la educación, la participación plena en la cultura y en consonancia con la era de desarrollo, crecimiento y productividad en la que vivimos. Concretamente se permite cualquier explotación de la obra, incluyendo una finalidad comercial, así como la creación de obras derivadas, la distribución de las cuales también está permitida sin ninguna restricción.

El orden de autoría de un artículo científico implica y confiere responsabilidad y tiene importantes implicaciones académicas y sociales. Por ello, la autoría se base en los siguientes 4 criterios:

- Contribuciones sustanciales a la concepción o diseño de la obra; o la adquisición, análisis o interpretación de datos para el trabajo; Y
- Redacción de la obra o revisión crítica para contenido intelectual importante; Y
- Aprobación definitiva de la versión a publicar; Y
- El acuerdo es responsable para todos los aspectos del trabajo con el fin de garantizar que las preguntas relacionadas con la precisión o integridad de cualquier parte del trabajo se investiguen y resuelvan de manera adecuada. El equipo de autoría debe poder identificar qué coautor@s son responsables de otras partes específicas del trabajo. Además, l@s autor@s deben confiar en la integridad de las contribuciones de sus coautores.

Es responsabilidad colectiva de l@s autor@s -idealmente deberían hacerlo al planificar el trabajo, haciendo las modificaciones que sean apropiadas a medida que el trabajo progresa-, no de la revista a la que se envía el trabajo, determinar que todas las personas nombradas como autor@s cumplan con los cuatro criterios expuestos anteriormente.

El/La autor/a de correspondencia es la persona que asume la responsabilidad principal de la comunicación con la revista durante el envío del manuscrito por lo que debe estar disponible durante todo el proceso de revisión por pares y el proceso de publicación. Garantiza que todos los requisitos administrativos de la revista estén disponibles (detalles de autoría, aprobación del comité de ética, etc.) y, además, debe estar disponible después de la publicación para responder a las críticas del trabajo y cooperar con cualquier solicitud de datos de la revista o información adicional si surgen preguntas sobre el documento.

Cuando el equipo de autoría envía un artículo, de cualquier tipo o formato, son responsables de revelar todas las relaciones financieras y personales que puedan sesgar o que se considere que sesgan su trabajo. El conflicto de interés existe cuando el juicio profesional sobre un interés primario (como el bienestar del usuari@ o la validez de la investigación) puede verse influido por un interés secundario (como las relaciones financieras, relaciones personales o rivalidades, competencia académica, etc.). A fin de facilitar y estandarizar el proceso desde Enfermería Activa se requiere por parte de todo el equipo de autoría rellenar y firmar el Formulario de Divulgación de Conflictos de Intereses propuesto por el ICMJE.

“Esta es una traducción al castellano resumida de las Recomendaciones del ICMJE para la Conducta, Reporte, Edición y Publicación del Trabajo Académico en la Revista Enfermería Activa de la International Nursing Network. La traducción ha sido realizada por David Peña Otero, como miembro del consejo Editorial de la Revista Enfermería Activa. El ICMJE no ha aprobado ni revisado el contenido de esta traducción. La versión oficial de las Recomendaciones para la Conducta, Reporte, Edición y Publicación del Trabajo Académico en las Revista de Ciencias de la Salud se encuentra en www.ICMJE.org y es la que debe de ser citada. Los usuarios deben citar esta versión oficial al citar el documento”.

El orden de autoría en Enfermería Activa se acogerá a el/la primer/a y el últim@ autor/a (sext@) tienen la misma importancia, siendo un@ de ell@s el/la de correspondencia. Por ello, entre el/la segund@ y el/la quint@ autor/a se considera que el orden de firma indica aportaciones decrecientes (FLAE approach, por la expresión first-lats-author-emphasis). Cabe destacar que la mera posesión de una posición institucional, como la cátedra de departamento o la jefatura/dirección de un departamento/centro sanitario, no justifica el crédito de autoría. Las contribuciones menores a la investigación o al escrito para publicación se reconocen de manera apropiada en el apartado de agradecimientos -si procede-.

Cuando a criterio de l@s autor@s se considere pertinente la inclusión de un apartado de Agradecimientos, tendrán que aparecer en el mismo las personas que, sin reunir los requisitos de autoría, sí hayan facilitado la realización del trabajo. Los juicios y opiniones expresadas por l@s autor@s en los artículos serán de su responsabilidad. La Dirección de la revista, comités y revisor@s declinan cualquier responsabilidad sobre dicho material.

Con todo ello recomendamos(7):

- Primer/a autor/a = la contribución más importante.
- Últim@ autor/a = el director del trabajo.
- Posiciones intermedias = orden decreciente de aportaciones.
- Primer/a y últim@ autor/a = misma importancia a efectos de evaluación de la actividad investigadora.

Además, requerimos a l@s autores a identificarse con su ORCID con el fin de proporcionar un identificador digital persistente que l@ distingue de tod@s l@s demás investigador@s(8). Después del nombre y apellidos hay que indicar la filiación incluyendo laboral y grupos -principales- de investigación al que se pertenece; a continuación se describirá la graduación académica según la siglas inglesas (Ej.- Enfermería=RN; Máster en Ciencias=MSc; PhD= Doctorado; etc.).

Para garantizar la protección de personas y animales, en los estudios que se hayan realizado con personas, en el apartado de Método se deberá mencionar que estas han dado su consentimiento informado y que se ha respetado su anonimato y la confidencialidad de los datos, así como que se han realizado conforme a las normas oficiales vigentes y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki. En caso de experimentos con animales se deberá constatar la conformidad de su realización con los procedimientos descritos por las autoridades competentes. En ambos supuestos se indicará también si los estudios han sido aprobados por un Comité de Ética en Investigación.

Las referencias bibliográficas consisten en incluir al final del texto una lista numerada y correlativa de las citas, compuesta por un número arábigo entre paréntesis, en el orden con el que aparecen por primera vez en el texto. Si se pretende realizar una cita literal en el texto de hasta dos líneas se debe incorporar en el mismo entre comillas. En el caso de que el fragmento literal sea más largo hay que generar un párrafo aparte, sangrado y con comillas, si se quiere realizar una omisión debe aparecer unos puntos suspensivos entre corchetes. Podéis acceder a un ejemplo de cómo realizar las referencias en la bibliografía.

(1) Universidad Autónoma de Madrid. Citas y elaboración de bibliografía: el plagio y el uso ético de la información. 2018; Available at: <https://biblioguias.uam.es/citar/inicio>. Accessed XI/1, 2018.

(2) International Committee of Medical Journal Editors. Recommendations for the Conduct, Reporting, Editing, and Publication of Scholarly work in Medical Journals. 2018; Available at: <http://www.icmje.org/>. Accessed XI/1, 2018.

(3) Patrias K, Wendling DL(). Citing medicine: the NLM style guide for authors, editors, and publishers. 2nd ed. National Library of Medicine. Estados Unidos de América: <http://www.nlm.nih.gov/citingmedicine>; 2007.

(4) Creative Commons Corporation. Privacy Policy (pre 2018-09-13). 2018; Available at: <https://creativecommons.org/>. Accessed XI/1, 2018.

(5) Tscharnke T, Hochberg ME, Rand TA, Resh VH, Krauss J. Author Sequence and Credit for Contributions in Multi-authored Publications. PLoS Biol 2007;5(1):e18.

(6) American Psychological Association. A Graduate Student's Guide to Determining Authorship Credit and Au-

DECLARACIÓN DE INTENCIONES DE ENFERMERÍA ACTIVA

MISIÓN

La revista enfermera de difusión digital **ENFERMERÍA ACTIVA**, medio oficial de difusión científica de International Nursing Network, tiene como misión:

1. Conformar un espacio de comunicación e intercambio de conocimientos de profesionales de Enfermería, que se oriente hacia recoger, difundir y compartir buenas prácticas profesionales para la accesibilidad, mejora y uso adecuado de los servicios de salud y de los programas o proyectos destinados a la promoción, prevención y protección de la salud, especialmente en el campo de las urgencias y emergencias sanitarias.
2. Brindar un espacio de libre acceso para que investigadores y profesionales, puedan publicar y acceder a producciones intelectuales, académicas o de investigación, ciencia y tecnología sanitaria.
3. Constituir un medio de actualización del conocimiento, a través de la producción científica, de la investigación, de la innovación y el desarrollo profesional.

VISIÓN

La visión **ENFERMERÍA ACTIVA** es la de una publicación caracterizada por el dinamismo, la permanente capacidad de innovación, de adaptación a la evolución de la Sociedad y de anticipación al futuro. Una publicación dinámica, competitiva y diferente, con una destacada capacidad de innovación, preparada en todo momento para adaptarse a las necesidades y oportunidades presentes y futuras, y contribuyendo a la búsqueda de la mejora de la calidad y la excelencia.

VALORES

Los valores de **ENFERMERÍA ACTIVA** sientan sus bases en los conceptos básicos fundamentales de la Comunidad Científica, de la Bioética, del Humanismo, de los parámetros y de las directrices emanados de las Instituciones Públicas como expresión de la voluntad popular en los procesos políticos vertebradores de nuestra sociedad.

Nuestro valor supremo es el Ser Humano como expresión de la antigua concepción humanista de considerar al “hombre como la medida de todas las cosas”.

Como valores específicos destacamos:

- El respeto a las creencias y decisiones de las personas.
- La confidencialidad.
- La búsqueda de la excelencia y la mejora continua.
- El trabajo en equipo.
- El compromiso con el Sistema Sanitario Público.
- La información y la transparencia.
- El uso adecuado de los recursos y de la innovación tecnológica.
- La orientación a los/as profesionales de Enfermería.
- El ser una publicación:
 - Comprometida con la calidad.
 - Comprometida con el respeto al medio ambiente.
 - Segura y fiable.
 - Abierta, transparente, y comunicativa.
 - Flexible, e innovadora.
 - Generadora y transmisora de conocimiento.
 - Motivadora e ilusionante.
 - Abierta a la innovación, a la investigación y al desarrollo (I+D+i).

- Amable y respetuosa.
- Humanizada y humanizante.
- Eficaz, efectiva y buscadora de la eficiencia.
- De fácil accesibilidad.
- Gestionada con calidad profesional y humana.
- Configurada en torno a las necesidades de los usuario.
- Preocupada por generar valor añadido.
- Generadora de estructuras horizontales.
- Preocupada por las “pequeñas cosas”
- De alta competencia profesional y humana
- De alta calidad científica y técnica.
- Aplicadora de los principios éticos de Beneficencia; No Maleficencia; Autonomía y Justicia
- Comprometida con la mejora continua en todos sus ámbitos (procesos, planificación, producción, servicios...)
- Preocupada con construir calidad.
- Con estilo de liderazgo participativo.
- Rompedora de barreras entre personas y profesiones.
- Minimizadora de costes
- Generadora de sentimientos de orgullo y pertenencia entre sus clientes –externos e internos-
- Honesta en sus planteamientos
- Generadora de feed-back
- Establecedora de sistema de evaluación de la calidad en todos sus ámbitos.
- Generadora de dinámicas directivas para la revisión constante de estos principios.

PRINCIPIOS ÉTICOS

ENFERMERÍA ACTIVA se somete a unos principios éticos, basados en los principios y valores de International Nursing Network, y en los principios explicitados en su Misión, Visión y Valores.

Este Código afecta a todas las personas que, de manera permanente o puntual, se relacionen con esta Publicación.

Hace alusión al modo de relacionarse con los/as profesionales, lectores/as, los autores/as, colaboradores/as Ha de ser útil para establecer las líneas de principios y valores por las que debe conducirse esta Publicación y resolver los posibles conflictos éticos en la práctica y anticiparse a los mismos.

Este código es biunívoco y debe comprometer las relaciones bilaterales de las personas con esta Publicación.

Su resultante debe ser el establecimiento de un adecuado nivel de confianza entre todas las personas que se relacionen con esta Publicación y para la creación de un clima de compromiso y valores compartidos.

Debe ser el elemento identificador de los principios en los que se basa la Publicación.

ENFERMERÍA ACTIVA, sienta sus bases y principios Éticos en los códigos, documentos, disposiciones, normativas, legislaciones y principios, de carácter profesional o social; y a cualquier nivel, en que esta se produzca; con especial referencia a los grandes Códigos y Principios que establecen nuestro ordenamiento social.

Los organismos responsables de la Revista **ENFERMERÍA ACTIVA** y sus miembros constituyentes, tendrán presente en todas sus actuaciones, decisiones y procedimientos de trabajo, a las personas como principales protagonistas y beneficiarios de sus acciones.

Todas las relaciones con las personas, en cualquier ámbito que esta se produzca, estarán presididas por el respeto a sus derechos y dignidad.

Los principios básicos de las relaciones interpersonales estarán basados en el respeto y la transparencia.

Se garantizará la confidencialidad sobre las informaciones recogidas en el curso de las actividades y acciones relacionadas con los trabajos y personas que se relacionan con la Publicación y sus acciones.

Se obtendrá el consentimiento previo de las personas y autores de los trabajos publicados, para utilizar cualquier información procedente de los mismos, o cualesquiera otras acciones se considerasen necesarias. Se tratará con objetividad el análisis y evaluación de los elementos, instituciones, profesionales, etc. Los hallazgos, conclusiones e informes estarán soportados en evidencias, sobre la base de la veracidad y la exactitud.

Se actuará con Imparcialidad y Responsabilidad en la toma de decisiones.

Se identificarán y comunicarán los posibles conflictos de intereses que puedan presentarse, para garantizar los principios de calidad.

Todas las personas relacionadas con la Publicación no se someterán a ningún compromiso económico ni de otro tipo procedente de organizaciones o personas ajenas que pudieran influenciarlos en el ejercicio de sus deberes.

Se rehusará utilizar la condición de miembro de la Publicación para obtener beneficio o trato preferente alguno.

NATURALEZA, COMPETENCIAS Y FUNCIONAMIENTO DEL CONSEJO ASESOR Y DE EVALUACIÓN DE ENFERMERÍA ACTIVA

PROPÓSITO

En consonancia con los criterios de calidad que se enmarcan en el compromiso ético de la revista enfermera de difusión digital **ENFERMERÍA ACTIVA**, medio oficial de difusión científica de International Nursing Network, se conforma su Consejo Asesor y de Evaluación con carácter nacional e internacional.

1. El **Consejo Asesor y de Evaluación de ENFERMERÍA ACTIVA**, es un órgano de asesoramiento, observador, consultivo y de evaluación externo a la entidad editora, constituido por profesionales de reconocido prestigio en diferentes áreas y especialidades de las ciencias sanitarias.
2. Los profesionales que forman parte del **Consejo Asesor y de Evaluación de ENFERMERÍA ACTIVA**, lo hacen a título individual y de manera altruista. Son designados por bienios y pueden cesar a petición propia cuando lo soliciten.
3. La composición del **Consejo Asesor y de Evaluación de ENFERMERÍA ACTIVA** se rige por los siguientes criterios:
 - a) Ser profesionales expertos en sus respectivas áreas de conocimiento o experiencia profesional.

- b) No pertenecer al Consejo Editorial de la Publicación, como garantía de exogamia científica y objetividad;
- c) Reunir a profesionales nacionales e internacionales.

4. En virtud de su consideración de órgano consultivo, los miembros del **Consejo Asesor y de Evaluación de ENFERMERÍA ACTIVA** podrán ser requeridos por el Consejo Editorial para que asesoren sobre cualquier aspecto de la revista y para que actúen como evaluadores externos de los trabajos científicos presentados para su publicación.

5. Los miembros del **Consejo Asesor y de Evaluación de ENFERMERÍA ACTIVA** no serán consultados previamente por parte del Consejo Editorial sobre los contenidos de cada número de la publicación, por lo que no pueden ser tenidos por responsables de ellos, ni tampoco de los aspectos formales de la misma.

6. Lo dicho no obsta para que en tanto que órgano observador, los miembros del **Consejo Asesor y de Evaluación de ENFERMERÍA ACTIVA** puedan hacer, por propia iniciativa, y en cualquier momento, las sugerencias y propuestas y realizar las críticas que consideren convenientes para mejorar la calidad de la publicación.

7. La principal función del **Consejo Asesor y de Evaluación de ENFERMERÍA ACTIVA** consiste en analizar la evolución de la publicación y evaluar su interés y calidad científica.

8. A tal fin, los miembros del **Consejo Asesor y de Evaluación de ENFERMERÍA ACTIVA** podrán ser consultados por el Consejo Editorial con las acciones que se consideren convenientes y factibles (evaluación mediante cuestionarios, sesiones presenciales...) para garantizar la función asesora de este órgano.

9. El número de miembros del **Consejo Asesor y de Evaluación de ENFERMERÍA ACTIVA** no tiene carácter cerrado y se podrán producir todas aquellas incorporaciones que por parte del Consejo Editorial se consideren necesarias, para enriquecer las funciones de este órgano de control de la calidad científica de la publicación.

COMPONENTES DEL CONSEJO ASESOR Y DE EVALUACIÓN DE ENFERMERÍA ACTIVA

Aline Silva do Prado (Brasil)
Anier Felipe Borrego (Cuba)
Blanca Sánchez Baños (España)
Claudio Alberto Ibero (Argentina)
Denise King (Estados Unidos)
Francisco Jesús Antúnez Miranda (España)
Francisco Nieto Rosa (España)
Irama Josefina López Urbina (Venezuela)
José Antonio Ortiz Gómez (España)
Julia Ortega Limón (España)
Manuel Archilla Jiménez (España)
Mariana Beatriz Navarro (Argentina)
Mariot Bermúdez Soto (Venezuela)
Silvia Alicia Alamilla Alfonso (México)
Tatiana Piva (Brasil)

RECONOCIMIENTOS



ENFERMERÍA ACTIVA by INTERNATIONAL NURSING NETWORK is licensed under a Creative Commons Reconocimiento 4.0 Internacional License.

Creado a partir de la obra en www.inursingn.com.



INTERNATIONAL NURSING NETWORK