

Quantitative & Qualitative Community Nursing Research



SEAPA

Sociedad de Enfermería
Familiar y Comunitaria
de Asturias



Enfermería Comunitaria

Volume [11]

Number [2]

December 2023

Available at: <https://www.seapaonline.org/revista>

Índice

Quantitative & Qualitative Community Nursing Research

Volume 11, Number 2. November 2023

Editorial.....	3
Situación de la especialidad de enfermería familiar y comunitaria en Castilla y León..... <i>Rodríguez García, B; Doral Yagüe, E; Lugones Sánchez C, Velasco Martin-Calero M; Rodríguez Sánchez A.</i>	5
Intervenciones de enfermería en promoción de la salud en atención primaria de España: una revisión sistemática..... <i>Francisco Miguel Escandell-Rico; Lucia Pérez-Fernández</i>	19
Factores psicosociales, mitos y creencias asociados al abandono precoz de la lactancia materna. Percepción de los profesionales de enfermería..... <i>Alba González García; Rubén Llada Suárez; Lucía del Fresno Marqués</i>	35
Investigación de las tesis doctorales de Enfermería relacionadas con el deterioro de la integridad cutánea en España..... <i>Javier Sánchez-Gálvez; Francisco, Mateo-Ramírez; María Sobrido-Prieto; Santiago Martínez-Isasi; Daniel Fernández-García.</i>	50

ISSN: 2254-8270

Título Clave: Revista (SEAPA. Internet)

Depósito Legal: AS 2340-2002

Periodicidad: Trimestral

EDITA: SEAPA

Dirección: Calle Juan Antonio Álvarez Rabanal
33011 (Oviedo - Asturias)

Teléfono: 635 208 132

EQUIPO EDITORIAL

Entidad editora

SEAPA (Sociedad de Enfermería Familiar y Comunitaria de Asturias)

Director de la Revista

Rubén Martín Payo (PhD)

Universidad de Oviedo

Dirección asociada

Ana González Pisano

Servicio de Salud del Principado de Asturias. Universidad de Oviedo.

Teresa López Castellanos

Servicio de Salud del Principado de Asturias.

Lara Menéndez González

Servicio de Salud del Principado de Asturias.

Comité editorial

Edurne Zabaleta del Olmo (PhD)

Fundació Institut Universitari per a la recerca a l'Atenció Primària de Salut Jordi Gol i Gurina (IDIAPJGol)

Ángel Romero Collado (PhD)

Universidad de Girona

Rosalía Santesmases Masana (PhD)

EUI Sant Pau

Carlos Berlanga Macías (PhD)

Universidad de Castilla-La Mancha

Olga López-Dicastillo (PhD)

Universidad Pública de Navarra

Carmen Pérez Fuentes (PhD)

Universidad de Almería

Naia Hernantes Colias (PhD)

Universidad del País Vasco

Maria Duaso (PhD)

King's College London

Santiago Martínez Isasi (PhD)

Universidad de Santiago de Compostela

Daniel Fernández García (PhD)

Universidad de León

Ana I. Cobo Cuenca (PhD)

Universidad de Castilla-La Mancha

Juan M. Carmona Torres (PhD)

Universidad de Castilla-La Mancha

Jose A. Laredo Aguilera (PhD)

Universidad de Castilla La-Mancha

Marcus Heumann (MsC)

Bielefeld University

Alberto Lana Pérez (PhD)

Universidad de Oviedo

Jose A. Zafra Agea (PhD)

Facultad de Ciencias de la Salud de Manresa

Mei Fu (PhD)

University of Missouri-Kansas City

María del Mar Fernández Álvarez (PhD)

Universidad de Oviedo

Cristina Papin Cano (PhD)

Servicio de Salud del Principado de Asturias

Robert Kerrison (PhD)

University of Surrey

Xana González Méndez

Servicio de Salud del Principado de Asturias

Enrique Castro Sánchez (PhD)

University of West London

Graciela Fernández García

Universidad de Oviedo

Mary Luz Jaimes Valencia (PhD)

Universidad Autónoma de Bucaramanga

Lorena Martínez Delgado (PhD)

Universidad de Ciencias Aplicadas y Ambientales

Dora Stella Melo Hurtado (MSc)

Pontificia Universidad Javeriana

Breanna Hetland (PhD)

University of Nebraska

Diego J. Villalba Soria

FAECAP

Vanesa Cantón Habas (PhD)

Universidad de Córdoba

Lorena Gutierrez Puertas (PhD)

Universidad de Almería

Phill Della (PhD)

Curtin University Distinguished Emeritus Professor

Ana Palmar Santos (PhD)

Universidad Autónoma de Madrid

Editorial

Revista Otoño 2023

Amando Martín Zurro

Médico de familia, Vicepresidente de la Fundación de Educación Médica

Los problemas de nuestra atención primaria y comunitaria son graves, pero tienen solución

La Atención Primaria y Comunitaria (APyC) española nacida en los primeros años de la década de los 80 del pasado siglo lleva ya mucho tiempo, demasiado, arrastrando problemas importantes para los que los responsables políticos y los colectivos e instituciones profesionales no acaban de encontrar soluciones satisfactorias. Estos problemas son de naturaleza diversa y se relacionan tanto con aspectos conceptuales y estratégicos del propio modelo de la reforma (y del conjunto del sistema sanitario) como con otros derivados de errores cometidos en la planificación y gestión de los recursos, con referencia especial a los profesionales. Podríamos añadir un tercer grupo de problemas ocasionados por la inacción política general en el campo sanitario y un preocupante déficit de liderazgo interno.

El modelo de nuestra APyC tiene ya 40 años de antigüedad. Con independencia de los errores que se pudieron cometer en su diseño inicial, es indudable que a lo largo del tiempo transcurrido hasta hoy se han producido cambios muy relevantes en el ámbito científico-técnico, en el de la información y comunicación y en el contexto cultural y socioeconómico de nuestra sociedad, cambios que han estado reclamando, sobre todo desde mediados de los años 90, las correspondientes adaptaciones de un modelo que actualmente ha quedado claramente desfasado y que se

muestra incapaz de dar respuesta satisfactoria a las nuevas demandas y necesidades personales y colectivas de la ciudadanía española. Estos cambios estratégicos de la APyC, para que sean viables y positivos, necesitan ir acompañados de otros paralelos del conjunto del sistema sanitario. Es imposible acometer de forma aislada la remodelación de la APyC y pretender dejar igual el resto del sistema. Es evidente que los pasados y actuales líderes políticos miran sistemáticamente hacia otro lado cuando se les hacen llegar planteamientos de este tipo.

La definición y estructura actual de la APyC española necesita ser reconsiderada. Es preciso incrementar el peso relativo del enfoque familiar y comunitario tanto en el ámbito asistencial como en el de la organización y gestión. Por otro lado, la descentralización actual de la APyC, que deja como única estructura periférica a la zona o área básica y al equipo de salud, la atomiza hasta la ineficiencia y, además, la hace perder potencia y capacidad negociadora en sus interacciones con los otros elementos del sistema sanitario, esencialmente con el hospitalario. Es preciso coordinar funcionalmente la organización y gestión del conjunto de recursos sanitarios que actúan en el territorio bajo el liderazgo colegiado de los centros y equipos de salud (ver figura 1) e incrementar la perspectiva territorial bajo el epígrafe común de una Estructura

Territorial de Atención Primaria y Comunitaria. Estos cambios deben ser diseñados bajo una perspectiva de máxima flexibilidad para permitir la adaptación más estrecha posible de su estructura y componentes a las características y necesidades de cada territorio y población.



Figura 1. Componentes de la A. Primaria y Comunitaria en el territorio Comunitaria en el territorio

En un nuevo contexto de planificación y organizativo como el propuesto previamente es necesario también introducir cambios en la orientación de las actividades, centrándolas en las que son propias y exclusivas de la APyC y primando su oportunidad, efectividad y eficiencia para eliminar aquellas que no aportan un beneficio claro en términos de mejora de la salud individual y colectiva. Todo ello en un contexto de reconsideración de las responsabilidades y funciones de

los distintos componentes de los centros y equipos y del conjunto de los recursos sanitarios de APyC presentes en el territorio bajo el principio de subsidiariedad y potenciando el papel de las profesiones no médicas.

En el marco de este artículo no es posible detallar la serie innumerable de errores cometidos en el terreno de la planificación y gestión de los profesionales de APyC. Baste decir que son graves y que están comprometiendo el futuro de esta parte del sistema y, con ello, del conjunto. Es preciso que los responsables políticos y los expertos en este campo reflexionen profundamente sobre ellos y diseñen caminos de salida bajo una perspectiva de medio y largo plazo. Somos conscientes de las dificultades del proceso, pero no por ello hemos de seguir perpetuando los errores hasta hacerlos irreversibles.

No pretendo realizar un análisis exhaustivo de los problemas de nuestra APyC y los ítems apuntados antes son solamente algunos de los que, en mi opinión, merecen una atención especial por parte de quienes tienen la responsabilidad y capacidad para abordarlos con garantías de éxito. Basta ya de seguir apoltronados en la comodidad, de prevaricar a fuerza de ignorar los problemas de fondo y de continuar justificando con medidas exclusivamente coyunturales y de parcheo la inacción política y de gestión. Los problemas de la APyC española son graves, pero, como reza el título de este artículo, tienen solución. Evitemos que sea cada vez más difícil.

Situación de la especialidad de enfermería familiar y comunitaria en Castilla y León

Rodríguez García, B¹; Doral Yagüe, E²; Lugones Sánchez C³, Velasco Martin-Calero M⁴; Rodríguez Sánchez A⁵.

¹ Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Garrido Sur, Salamanca.

² Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Garrido Sur, Centro de Salud Leonardo de Yagüe, Soria.

³ Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Instituto de Investigación Biomédica de Salamanca.

⁴ Residente de Enfermería Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Delicias I, Valladolid Oeste.

⁵ Residente de Enfermería Familiar y Comunitaria. Centro de Salud Garrido Sur, Salamanca.

AUTOR DE CORRESPONDENCIA: brodriguezgar@saludcastillayleon.es.

Manuscrito recibido: 23/05/2023

Manuscrito aceptado: 24/10/2023

Cómo citar este documento

Rodríguez García B, Doral Yagüe E, Lugones Sánchez C, Velasco Martin-Calero M, Rodríguez Sánchez A. Situación de la especialidad de enfermería familiar y comunitaria en Castilla y León.. *Quantitative and Qualitative Community Research RqR*. 2023 Nov; 11 (2): 5-18.

Original

RESUMEN

Objetivo: analizar la situación de la especialidad de enfermería familiar y comunitaria en Castilla y León.

Metodología: Se realizó un estudio longitudinal, de análisis de datos secundarios a través del portal de transparencia de Sanidad Castilla y León, las convocatorias de las pruebas selectivas para la especialidad del Ministerio de Sanidad Español y las órdenes publicadas en Castilla y León en relación con la Formación Sanitaria Especializada. Se extrajeron los datos de las fuentes citadas y se realizó el análisis estadístico de los mismos.

Resultados: únicamente el 0,69% de las enfermeras que trabajaban ese momento ocupaban plazas de la categoría en estudio, si se extrapola al ámbito de Atención Primaria ocupan una

plaza categorizada como enfermero especialista el 2,87% del total. La tendencia de la oferta de plazas ha ido en aumento en sintonía con las plazas ofertadas en general en todo el país, el año que supuso un mayor porcentaje de plazas ofertadas con respecto al resto de España fue 2019. Las provincias que desde el año 2011 aumentaron de forma más notoria el número de acreditaciones serían Burgos, Soria y Valladolid mientras que Segovia ha visto mermada su capacidad de acreditación. Se estima un gasto por residente anual de 29.948,66€, se ha fidelizado al 4% de residentes.

Conclusión: urge la creación y desbloqueo de bolsas específicas de enfermera especialista en enfermería familiar y comunitaria, así como la prioridad en los traslados y en la contratación de enfermeras con esta titulación en Atención Primaria.

Palabras clave

Enfermería en Salud Comunitaria, Enfermería de la Familia, Enfermería de Atención Primaria, Atención Primaria de Salud, Centros de Salud.

Situation of the specialty of family and community nursing in castilla y león

Abstract

Objective: analyse the situation of the specialty of family and community nursing in Castilla y León.

Methodology: A longitudinal study was carried out, analysing secondary data through the transparency portal of Health Castilla y León, the calls for elective tests for the specialty of the Spanish Ministry of Health and the orders published in Castilla y León in relation to specialized health training. Data were extracted from the above sources and statistical analysis was carried out.

Results: only 0,69% of the nurses working at that time occupied positions in the category under study; if extrapolated to the Primary Health Care setting, 2,87% of the total occupy a position categorized as a specialist nurse. The trend

in the number of vacancies has been increasing in line with the vacancies offered in general throughout the country. The year that accounted for a higher percentage of vacancies offered with respect to the rest of Spain was 2019. The provinces that have most notably increased the number of accreditations since 2011 are Burgos, Soria and Valladolid, while Segovia decreased its accreditation capacity. With an estimated annual expenditure per resident of € 29.948,66, only the 4% of residents have obtained a long-term contract after their training period.

Conclusions: It is urgent the creation and unblocking of specific exchanges for specialist nurses in family and community nursing as well as the priority in transfers and the recruitment of nurses with this degree in Primary Health Care.

Key words

Community Health Nursing, Family Nursing, Primary Care Nursing, Primary Health Care, Health Centres.

Introducción

En 2024 se cumplen 40 años de la publicación del Real Decreto 137/84, de 11 de enero, de estructuras básicas de salud, que definió y sentó las bases del llamado "nuevo modelo" de atención sanitaria del primer nivel asistencial en España, este decreto se basó en la Declaración de Alma-Ata, promovida en 1978 por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), dando un impulso decisivo a la Atención Primaria (AP). Buscaba un cambio y mejora en la AP de Salud, dándole un protagonismo necesario como puerta de entrada al sistema para el usuario y reforzando el rol de la enfermería (1-3).

La Formación Sanitaria Especializada (FSE) es la formación reglada y de carácter oficial que sigue a la formación postgrado en la rama de Ciencias de la Salud en España, su propósito es dotar a los profesionales de los conocimientos, técnicas, habilidades, competencias y actitudes propios de la especialidad que cursen.

Se realiza mediante un sistema de residencia en el que existe una asunción progresiva de responsabilidades, esta formación se garantiza a través de un contrato de trabajo por el que el residente tiene la obligación de prestar un trabajo y el derecho a recibir una formación acorde a lo establecido en los programas nacionales de formación de cada especialidad (4-6).

La FSE en ciencias de la salud en España ha sido reconocida por su alta calidad en la formación como uno de los sistemas más prestigiosos, con mayor equidad y grado de capacitación de los países de nuestro entorno; esta formación se consolidó en 1984 como única vía legal de especialización; la Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias de 2003, el Real Decreto (RD) de 2006 de regulación de las

condiciones laborales del residente y el RD 2008 de Formación Especializada impulsan y regulan la adaptación del sistema de especialización a las nuevas necesidades de la sociedad y al marco europeo (6-7).

En 1992, se publica en el BOE 2/06/92 la Orden de 1 de junio de 1992, el programa de formación, los requisitos mínimos de las Unidades Docentes y el sistema de acceso para la obtención del título de Enfermero Especialista en Obstetricia y Ginecología (Matrona) siendo el punto de partida de las especialidades de enfermería. (8) La especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria (EFyC), se podría decir que nace con Concepción Arenal (1820-1893) como precursora de la figura de visitadora sanitaria; pero no es hasta 1987 cuando se contempla la creación de una especialidad de Enfermería en Salud Comunitaria, (Real Decreto 992/1987, de 3 de julio), y 18 años después se publicará el RD 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de enfermería, en el cual se establecen un total de siete especialidades para enfermería, entre ellas la de Enfermería Familiar y Comunitaria (3,9,10).

En junio de 2010 será cuando se apruebe el programa formativo donde se establecen las competencias adquirir y las actividades mínimas a desarrollar para conseguir el título de Especialista en EFyC y en septiembre de ese mismo año se publicó la convocatoria para la realización de la prueba selectiva para el acceso a la especialidad de EFyC por primera vez. Desde ese momento, se comienzan a ofertar plazas de FSE para la obtención del título; ese año 132, 16 en Castilla y León; siendo la única forma de acceder a dicho título hasta noviembre de 2021, momento en que se convocó la prueba objetiva correspondiente al acceso al título de Especialista en EFyC de forma excepcional, y la segunda convocatoria en octubre de 2022 y

la realización de la prueba un mes después dando por finalizada la obtención del título por esta vía (11-13).

En Castilla y León (CyL), la normativa para la regulación del desarrollo del sistema de FSE comienza con el Decreto 75/2009, de 15 de octubre, cuyo objeto es la regulación de la ordenación del sistema de FSE en el ámbito de esta Comunidad Autónoma. A nivel autonómico, se cuenta con 10 centros acreditados para la especialidad de EFyC, estos son: Valladolid Este, Valladolid Oeste, Palencia, Burgos, Salamanca, El Bierzo, Ávila, Soria, Segovia y León. De esta manera las 9 provincias que componen la Comunidad Autónoma cuentan con Unidad Docente (15,16).

Además, el 17 de marzo de 2021, se efectuó la convocatoria para la constitución de las bolsas de empleo en CyL de las categorías de personal estatutario de Enfermero/a Especialista de Salud Mental, del Trabajo, Geriátrica, Familiar y Comunitaria y Pediátrica de Sanidad de Castilla y León, siendo necesario para acceder a cualquiera de las plazas categorizadas como EFyC la correspondiente especialidad de enfermería (17).

En un avance para la fidelización del personal formado en CyL en todas las especialidades tanto médicas como enfermeras, desde 2015 a 2020, se realizó un programa que pretendía la fidelización de los mejores residentes formados en la Comunidad Autónoma, ofreciendo un contrato de tres años y la posibilidad de una financiación de 1.000 euros para facilitar la investigación y la permanencia en el sistema sanitario público, en total se fidelizó a 9 residentes hasta la llegada de la Pandemia COVID-19, donde se produjo un parón en dicha fidelización.

En septiembre de 2022, se publicó una resolución en la que se establecían plazos

de evaluación y contrataciones ofertadas para los residentes que finalizaran su formación en 2022, encontrándose en proceso de resolución (18,19,20).

Ya que el número de plazas de FSE para la obtención del título de EFyC se ha incrementado en los últimos años se propone realizar una radiografía de la situación de la especialidad de EFyC en CyL, partiendo de los datos publicados por Salud CyLy el Ministerio de Sanidad Español, para conocer la realidad de las plazas ofertadas.

Objetivos

El objetivo principal es analizar la situación de la especialidad de EFyC en Castilla y León. Como objetivos secundarios se plantean: analizar la evolución de la oferta de plazas para realizar la residencia de la especialidad de EFyC en Castilla y León, conocer la evolución de la acreditación de plazas de FSE para realizar la residencia de la especialidad de EFyC en Castilla y León, estimar de forma aproximada el gasto realizado en FSE para la especialidad de EFyC en Castilla y León y, por último, analizar la fidelización de especialistas en FyC en Castilla y León.

Material y métodos

Se realizó un estudio descriptivo longitudinal, de análisis de datos secundarios entre enero y marzo de 2023 a través del portal de transparencia de Salud Castilla y León (Sacyl) (información sin restricciones de copyright, patentes u otros mecanismos de control para que sea reutilizada), mediante el análisis de plantillas orgánicas, datos de financiación y censo de residentes (personal en FSE), así como el análisis de la legislación que regula las Convocatorias de las Pruebas Selectivas para la especialidad del Ministerio de Sanidad Español y las órdenes publicadas en Castilla y León en relación con la FSE.

Para simplificar los datos obtenidos, se unificaron los datos obtenidos de la provincia de Valladolid (Este, Oeste, Hospital Río Ortega, Clínico Universitario y de Medina del Campo), León (Bierzo y León) de las plantillas orgánicas de AP y Burgos (Burgos, Miranda de Ebro y Aranda de Duero), León (Bierzo y León).

Para la obtención de datos totales se tuvieron en cuenta todos aquellos profesionales sanitarios con la categoría Enfermero/a independientemente de su cargo (director, subdirector, jefe de unidad, enfermero/a de apoyo, jefe de la unidad de coordinación de enfermería, o servicio de urgencias) y también se tuvieron en cuenta los datos de CEREME, la Gerencia de Emergencias Sanitarias y de la Gerencia de Asistencia Sanitaria (Inspección), que se agruparon en la categoría denominada "otros ámbitos", en cuanto a la Atención Especializada (AE); para la obtención de los datos no se tuvieron en cuenta las plazas categorizadas como enfermero especialista de otras especialidades.

Se creó cuaderno para la recogida de datos en el programa Excel v165.0© de Microsoft Office 2016© donde fueron volcados los datos obtenidos, posteriormente se realizó un análisis bivariante y estadística descriptiva, expresando en frecuencias absolutas y porcentajes los datos obtenidos mediante el programa estadístico SPSS Statistics-v.24.0.

Resultados

Situación de la especialidad de EFyC en Castilla y León.

En total desarrollan la profesión de enfermería en Sacyl 9178 enfermeros/as, de los cuales un 73,93% desarrolla su profesión en el ámbito de AE, frente a un 24,27% en AP, y un 1,8% (164) en otros ámbitos, estos datos se pueden observar detallados por provincias en la Tabla 1.

Hay que destacar que tanto en AE como AP la provincia con mayor número de profesionales de enfermería es León (1456 en AE vs 461 en AP) y la provincia con menor número de enfermeros/as fue Soria (300 vs 115) $n = 1156$ y $n = 346$ respectivamente.

El total de plazas categorizadas como enfermero/a especialista en EFyC en las plantillas orgánicas de Sacyl a día 7 de marzo de 2023 fue de 64, siendo la provincia con menor número de plazas de esta categoría Zamora ($n=0$) y la provincia con mayor dotación Valladolid ($n= 22$). Las plazas medias por provincia fueron de $7,11 \pm 6,57$. En el Gráfico 1 se puede observar la distribución por provincias de dichas plazas.

Los resultados arrojan que únicamente el 0,69% de los puestos detallados en las plantillas orgánicas se correspondían con EFyC, si se extrapola el desarrollo de su labor al ámbito de AP ocupan una plaza categorizada como enfermero especialista en EFyC el 2,87% del total

La provincia en que mayor porcentaje existe de enfermeros trabajando en la categoría de EFyC es Valladolid (5,459%), seguido de Soria (5,217%), y en las que existe menor porcentaje son Ávila (0,725%) y Zamora (0%) en relación con el total de todos los enfermeros/as que trabajaban en AP.

Evolución de la oferta de plazas de FSE de la especialidad de EFyC en CyL con respecto a toda España.

Como se puede observar en el Gráfico 2, la tendencia de la oferta de plazas ha ido en aumento en sintonía con las plazas ofertadas en general en todo el país, el año que supuso un mayor porcentaje de plazas ofertadas con respecto al resto de España fue 2019 (15,74%) y el año de menor porcentaje 2022 (9,74%) siendo $n = 65$ y $\bar{x} = 47,69 \pm 27,73$.

Tabla 1. Distribución de las plazas de Enfermero/a por provincia (AV: Ávila, BU: Burgos, LE: León, PA: Palencia, SA: Salamanca, SE: Segovia, SO: Soria, VA: Valladolid, ZA: Zamora)

	AV	BU	LE	PA	SA	SE	SO	VA	ZA	TOTAL
A.E	465	1120	1456	433	1107	367	300	1019	519	6786
A.P	197	318	461	158	320	157	115	403	176	2228
OTROS										164
										9178

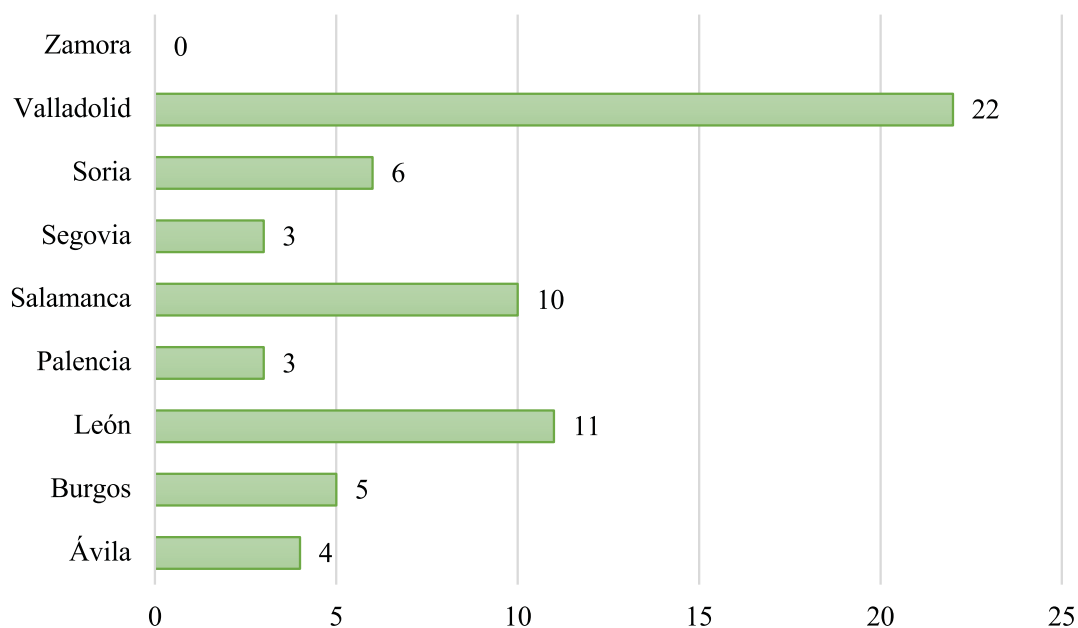


Gráfico 1. Distribución por provincias de las plazas de FSE de EFyC de CyL.

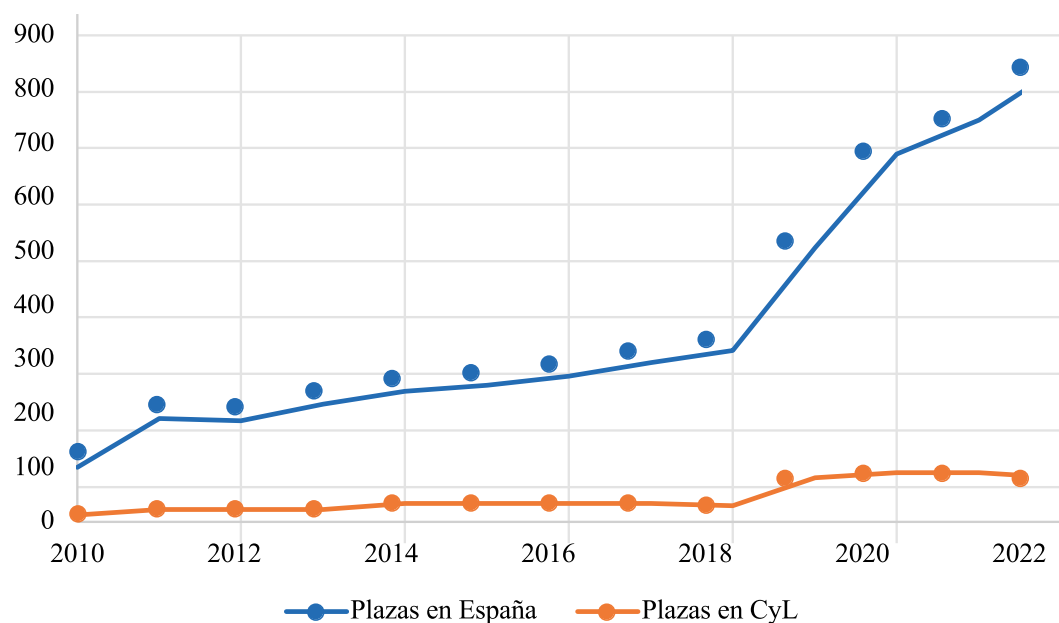


Gráfico 2. Evolución de las plazas acreditadas de FSE respecto a las plazas ofertadas de FSE en total en todo el país.

Suponiendo que las 64 plazas existentes de esta categoría estuvieran ocupadas por enfermeras especialistas formadas en la comunidad de CyL, únicamente tendrían la oportunidad de trabajar en la especialidad en que se han formado el 10,32% de estas enfermeras.

Evolución de la acreditación de plazas de FSE y su relación con la oferta de plazas por provincias de la especialidad de EFyC en CyL a lo largo del tiempo.

Como se puede observar en el Gráfico 3 desde 2010 a 2022 la tendencia de oferta de plazas ha aumentado a lo largo de los años, produciéndose un descenso desde 2015 a 2020.

Las provincias con menor número de plazas acreditadas en este momento (año 2022) son Zamora (0), Palencia (3), Segovia (3) y Ávila (4), y las que poseen mayor número de plazas acreditadas son Burgos (22), Valladolid (21) y León (18) $n = 22$; $\bar{x} = 10,22 \pm 8,57$.

Las provincias que desde el año 2011 (año en que se empiezan a ofertar plazas de FSE en todas las provincias) han aumentado de forma más notoria el número de acreditaciones serían Burgos con 11 plazas en 2011 y 22 en 2022, Soria (de 8 en 2011 a 14 en 2022 y Valladolid (11 a 21) han mantenido el número de acreditaciones Palencia (3), Ávila (4) y Salamanca (7), y Segovia ha visto mermada su capacidad de acreditación en estos 11 años (6-3).

Hay que señalar que la evolución relación plaza acreditada/plaza ofertada ha sido en estos 12 años muy favorable puesto que el 100% de las plazas acreditadas ha sido ofertado en el año 2022.

Aproximación del gasto realizado en FSE para la especialidad de EFyC en Castilla y León.

Según el censo de residentes del año 2022-2023, se encuentran realizando FSE en CyL 2133 profesionales (MIR, PIR, BIR,

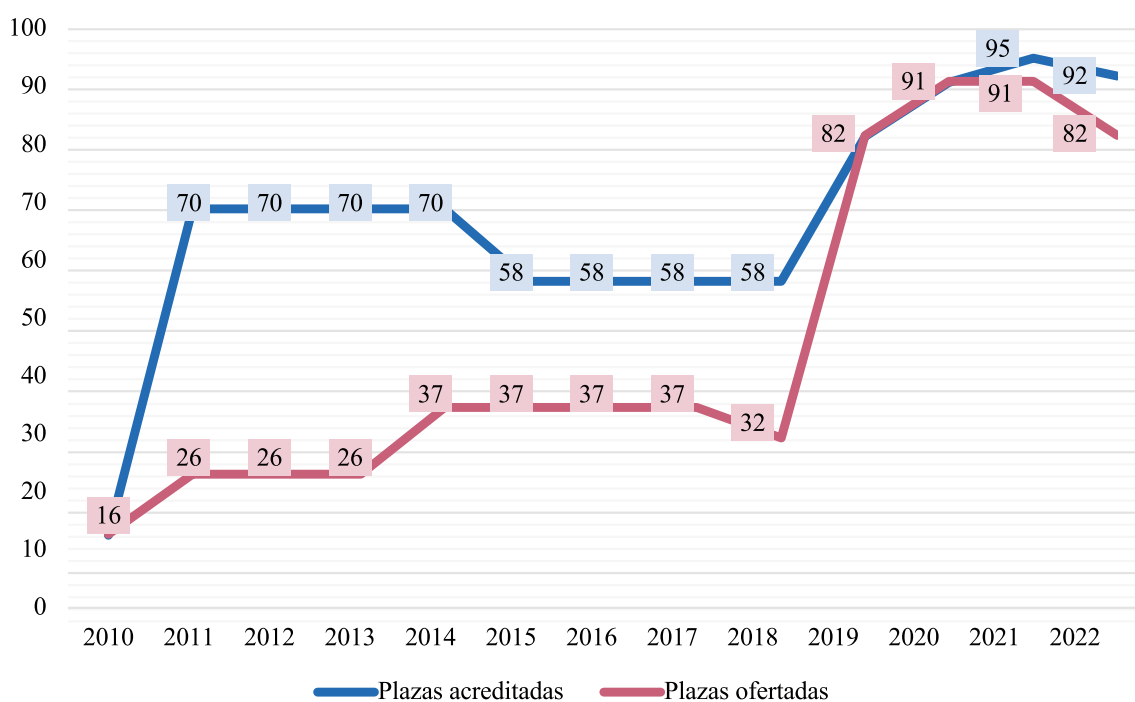


Gráfico 3. Relación de plazas acreditadas de FSE y ofertadas desde que se comenzó el desarrollo de la especialidad.

FIR, QIR, EIR) de los cuales, 1386 (67,97%) realiza su formación en AE y 747 (35,02%) en AP. Actualmente se encuentran con un contrato de FSE de EFyC 174 (62,36%) enfermeros, de los cuales se encuentran en primer año 88 (50,57%) y en segundo 86 (49,42%), de un total de 279 residentes de enfermería en CyL.

En el año 2021 la Gerencia Regional de Salud indicó un gasto real de 63.880.505€ en FSE, suponiendo un gasto igualitario para todos los residentes por independientemente de su categoría, 29.948,66€ por cada residente cada año (59.897,33€ en total), por lo que se podría estimar que este año el gasto para la formación de los residentes de EFyC se acercaría a los 5.211.066,84€.

Análisis de la fidelización de especialistas en FyC en Castilla y León.

Con el programa de reconocimiento e incentivación de los profesionales que finalizan su residencia en los centros e instituciones sanitarias de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León «Premios José María Segovia de Arana», se fidelizó a un total de 9 residentes de EFyC. Suponiendo que en esos años completaron 225 residentes la FSE (plazas ofertadas), únicamente se fidelizó (por 3 años) al 4% de los mismos, siendo la provincia con más enfermeros/as especialistas en EFyC fidelizados Valladolid (44,44%), seguida de Salamanca (22,22%).

Discusión

Las características de la muestra, la metodología utilizada, y el escaso número de publicaciones sobre este tema dificultan la comparabilidad de los resultados, es por esto que sería interesante, siguiendo la línea del presente artículo, realizar una comparación por cada Comunidad Autónoma para obtener una visión panorámica nacional y poder proponer líneas conjuntas

de trabajo y planes realistas con el objetivo del avance de la especialidad de EFyC como una apuesta segura sobre cuidados enfermeros de especializados calidad.

Desde la universidad, la especialidad de EFyC es valorada por parte del alumnado de forma muy positiva, esto se debe aprovechar para inculcar la necesidad de una especialización a la hora de ofrecer unos cuidados de alta calidad en el ámbito de la AP, otorgando más importancia a los contenidos docentes relativos a la salud comunitaria en los programas formativos del Grado en Enfermería, lo que una vez estos alumnos finalicen su formación contribuirá a acrecentar la calidad, el rigor y la sostenibilidad de las intervenciones comunitarias (21,22).

Varios autores apuntan a que si AP cuenta con especialistas en EFyC esto repercutirá en una mejora en general del sistema, ya que, desde la reforma de AP, las enfermeras de este ámbito han desarrollado competencias propias, liderando programas de salud y realizando educación sanitaria, siendo referentes en el seguimiento de enfermedades crónicas y los cambios de morbi-mortalidad y epidemiológicos (2,9,23).

Otros autores indican la importancia para la población y la evolución de la profesión enfermera el desarrollo de la especialidad, siendo incomprensible las diferencias de desarrollo entre la especialidad de Medicina Familiar y Comunitaria y la de Enfermería Familiar y Comunitaria, indicando la incongruencia de no formar simultáneamente ambas categorías para dotar a la comunidad de lo que se ha definido como Equipos de AP de Salud (3).

El desarrollo de la especialidad de EFyC implica, por un lado, la necesidad de formar nuevos profesionales, el caso de los enfermeros en FSE de la especialidad; e

impulsar la formación continuada ya sea el caso del acceso extraordinario a la especialidad o de los especialistas ya formados; reorganizar servicios y gestionar los recursos enfermeros en base a competencias identificables y medibles. Se considera necesaria la formación específica en competencias relacionadas con EFyC para que la propia enfermera se considere competente con respecto a la normativa (22).

Otros autores apuntan a que actualmente muy pocos especialistas en EFyC se encuentran desarrollando su actividad profesional en el ámbito de la AP, estos autores indican que las enfermeras especialistas (de todas las especialidades) trabajan principalmente en el ámbito público, mayoritariamente en AP y tienen un puesto de trabajo fijo, no obstante estos resultados se deben tomar con cautela, puesto que en dicho estudio no se especifica que dichas enfermeras ocuparan una plaza categorizada como Enfermero/a Especialista en EFyC (24,25).

En el informe la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) de 2018, se concluye que la inestabilidad laboral y los actuales sistemas de contratación dificultan la puesta en práctica de las competencias adquiridas por los especialistas en EFyC, es por ello que se recomienda la incorporación de especialistas en EFyC a puestos de trabajo vinculados a la AP, donde poder desarrollar las competencias en salud comunitaria adquiridas durante su FSE.

Esto sigue la línea de Martínez-Riera y Carrasco que apuntan a que hoy en día la formación de la especialidad de EFyC ha sido implantada en todas las CCAA, pero con desigual desarrollo en cuanto a su posterior incorporación a los servicios de salud, lo que coincide con los resultados obtenidos en este estudio, estos autores, además apuntan que esto ha generado

desmotivación tanto en las profesionales especialistas como en aquellas han obtenido la titulación a través de la vía excepcional (26,27).

Represas-Carrera, *et al.* exponen que los especialistas y residentes de EFyC consideraron prioritario la creación de la categoría profesional en los diferentes servicios de salud (48%) y en segundo lugar conseguir la creación de bolsas de trabajo que favorezcan el acceso de los especialistas a la AP (42%), estos resultados van en sintonía con el Plan de Acción de Atención Primaria 2022-2023 del Ministerio de Sanidad Español (MSE) que propone objetivos como la consolidación de las y los Enfermeras/os Especialistas en Familiar y Comunitaria en AP, este plan propone las siguientes líneas a seguir: creación de la categoría profesional de enfermeras/os Especialistas en EFyC en AP en todas las comunidades autónomas, fomento de los nombramientos de Enfermeras/os de AP, incluyendo como mérito prioritario el título de especialista en EFyC (EFYC) y arbitrar las medidas organizativas necesarias para ello y para el desarrollo de sus funciones, pudiendo ser esto una salida a las especialistas formadas durante estos 12 años.

Además, para las nuevas promociones de enfermeras especialistas, también se propone desde el MSE la promoción de la contratación en AP como personal estatutario fijo o de larga duración al finalizar la FSE, favoreciendo la cobertura de las vacantes en AP.

Para poder cumplir los objetivos propuestos en el plan anteriormente citado, dadas las características organizativas del Sistema Nacional de Salud, compete a los diferentes servicios de salud de las Comunidades Autónomas regular los procedimientos de selección temporal y vinculación fija para garantizar que en el ámbito

de la AP trabajen estos profesionales, y a pesar de que hay Comunidades Autónomas que realizaron modificaciones legislativas, se podría decir que la especialidad de EFyC se encuentra en vías de desarrollo en gran parte de ellas (24,28,29).

Queda patente en este artículo que a lo largo de los años el número de plazas de FSE ha aumentado exponencialmente, siendo cada año mayor el número de enfermeras especializadas en EFyC tanto en España como en CyL; además, se ha resuelto la vía excepcional para la obtención de la especialidad; las plazas para trabajar en esta categoría en CyL son insuficientes, ya que menos del 3% de enfermeros/as que trabajan en AP ocupan una plaza de Enfermero especialista en EFyC, por lo que la oferta de plazas de FSE no va en sintonía con la oferta de empleo a posteriori, no contando estas especialistas con prioridad en la contratación o una bolsa específica en funcionamiento en este momento.

En cuanto a la acreditación y su relación con la oferta por provincias de la especialidad de EFyC en CyL a lo largo del tiempo, las provincias que más han evolucionado en este sentido son Burgos, Soria y Valladolid, mientras que Segovia, Ávila y Palencia o se han estancado o han involucionado, por lo que se debería estudiar las causas y proponer soluciones para el avance de la especialidad en estas provincias.

Se debería realizar una profunda reflexión sobre si la inversión realizada en FSE es rentable y beneficiosa para el sistema, ya que, aunque los datos obtenidos en este estudio deben tomarse con cautela, queda patente que el gasto en FSE no se ve compensado en el sistema ni en los pacientes, ya sea por la baja fidelización (4%), la no prioridad para contratos en AP o la no reconversión de plazas en la categoría a estudio.

Existe un debate abierto sobre si es más costoso el suplemento económico profesional a percibir por una enfermera especialista (como es en el caso de la especialidad de enfermería Obstétrico-Ginecológica) o la formación de profesionales en una categoría en la cual no acaban trabajando, como apunta Oltra E, el coste teórico de este suplemento no es imposible de asumir (29).

Durante muchos años, las sociedades científicas han argumentado la necesidad de la especialización enfermera en Atención Primaria en una sociedad en la que el cuidado enfermero es cada vez más demandado.

Las enfermeras especialistas han demostrado que deben ser consideradas y posicionadas en las políticas sanitarias, ya que su eficiencia ha quedado demostrada, pasando la enfermería familiar y comunitaria de ser una oportunidad a ser una realidad (30).

Conclusiones

Urge que, igual que ya se realiza desde hace años con otros colectivos profesionales, un sistema que apueste por la FSE en enfermería, de esta manera se prestará inequívocamente cuidados de mayor calidad.

También urge el abordaje de la creación o reconversión de plazas en AP para que estas sean ocupadas por Enfermeras EfyC, ya que un sistema que no presta unos cuidados de calidad puede llegar a colapsar otros sistemas de atención sanitaria como las urgencias extra y hospitalarias.

Desde las instituciones, colegios y consejos profesionales y sindicatos se debería, siguiendo las indicaciones pautadas por el MSE en su Plan de Acción de Atención Primaria y Comunitaria de 2022-2023, abogar por los cuidados especiali-

zados, instando a los gestores a la creación y desbloqueo de bolsas específicas de EFyC, otorgar prioridad en los concursos de traslados a las enfermeras con la titulación de EFyC y otorgar prioridad en la contratación para estos puestos de estas enfermeras con esta titulación; luchando de esta manera contra la desmotivación colectiva y valorando de esta manera el esfuerzo personal que supone la realización de una especialidad.

Limitaciones del estudio

Se encontraron dificultades a la hora de poder estimar el gasto sanitario realizado por Sacyl por residente de Enfermería (personal en FSE) ya que en Ávila, el Bierzo,

Palencia, Segovia, Soria, Valladolid Oeste y Zamora, son gerencia única (Atención Primaria unida a Atención Especializada) y en el portal de transparencia de Sacyl no se detalla si en estas provincias se tiene en cuenta en el gasto sanitario el personal en formación en otras categorías únicamente hospitalarias, por lo que los resultados se deben tomar con cautela

Así mismo, existe la categoría de Enfermero/a funcionario a extinguir de los cuales tampoco se pudieron obtener datos para el cálculo total de plazas existentes de EFyC. Así mismo no se ha encontrado registro de los enfermeros/as que hayan abandonado el sistema de residencia sin completar la FSE y sin obtener el título.

Bibliografía

1. Fernández A, Santos M. La Atención Primaria en España. Análisis histórico y retos de futuro. *Administración sanitaria*.2005; 3 (1): 9-12.
2. Lamata F. Atención Primaria en España: Logros y Desafíos. *Revista clínica de medicina de familia*. 2017;10 (3):164-167.
3. Pérez-Vico L, Duarte-Climent G, Begoña M; Gómez-Salgado J. Gerencia de Atención Primaria de Tenerife. Servicio Canario de la Salud. Santa Cruz de Tenerife. (España).
4. Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias.
5. Real Decreto 1146/2006, de 6 de octubre, por el que se regula la relación laboral especial de residencia para la formación de especialistas en Ciencias de la Salud. BOE núm. 240 de 7/10/2006.
6. Tutosaus JD, Morán-Barrios J, Pérez F. Historia de la formación sanitaria especializada en España y sus claves. 2018.
7. Marugán JM, Eiros JM . Situación actual de la formación sanitaria especializada en España. *Educación médica*.2016;17(2): 51-54.
8. BOE núm. 132, de 2 de junio de 1992, BOE-A-1992-12549. Ministerio de Relaciones con las Cortes y de la Secretaría del Gobierno
9. Puigvila MM, Brugués AB, Gutiérrez CG. Especialidad en Enfermería Familiar y Comunitaria: una realidad. *Aten Primaria*. 2011 May;43(5):220-1.
10. Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de Enfermería. Ministerio de la Presidencia «BOE» núm. 108, de 6 de mayo de 2005
11. Orden SAS/1729/2010, de 17 de junio, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria.
12. Orden SAS/2447/2010 Orden SAS/2447/2010, de 15 de septiembre, por la que se aprueba la convocatoria de prueba selectiva 2010, para el acceso en el año 2011, a plazas de formación sanitaria especializada para graduados/diplomados en Enfermería.
13. Resolución de 4 de noviembre de 2021, de la Secretaría General de Universidades, por la que se convoca la prueba objetiva correspondiente al acceso al título de Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria.
14. Resolución de 20 de octubre de 2022, de la Secretaría General de Universidades, por la que se modifica la de 4 de noviembre de 2021, por la que se convoca la prueba objetiva correspondiente al acceso al título de Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria; y se convoca la segunda convocatoria de la prueba objetiva.
15. Decreto 75/2009, de 15 de octubre, por el que se regula la ordenación del sistema de formación sanitaria especializada en el ámbito de la Comunidad de Castilla y León.
16. Portal de Formación de la Gerencia Regional de Salud. (s/f). Saludcastillayleon.es. Formación especializada.
17. Resolución de 17 de marzo de 2021, por la que se efectúa convocatoria para la constitución de las bolsas de empleo de las categorías de Enfermero/a Especialista de Salud Mental, del Trabajo, Geriátrica, Familiar y Comunitaria y Pediatría
18. Roldán MP, de Prada AAM. El reconocimiento a los residentes que terminan su formación en Castilla y León. *DS: Derecho y salud*. 2017;27(1):219-228.
19. Resolución de 14 de septiembre de 2022, de la Directora General de Personal y Desarrollo Profesional de la Gerencia Regional de Salud de Castilla y León, por la que se modifica la Resolución de 31 de agosto de 2022, por la que se establecen los plazos de evaluación y las contrataciones ofertadas a los residentes que finalizan la formación sanitaria especializada en especialidades de Enfermería, dentro del programa de fidelización de residentes 2022.

20. Sacyl. Portal de Salud. Formación sanitaria especializada. Programa de reconocimiento e incentivación, convocatorias. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/formacion/es/formacion-sanitaria-especializada/programa-fidelizacion-captacion-talento>
21. Carrera FJR, Diego LC, Fernández IC, Platas SP, García AC, Couce B V; *et al.* La especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria en la Formación Pregrado. RECIEN. 2015;(10):8-21.
22. Sánchez MB, Novo MM, Rodríguez JÁ, Sierra A, Aguirre A, Duarte G. Competencias de enfermeras especialistas en enfermería familiar y comunitaria. Análisis para su desarrollo actual y futuro. 2019;13(3).
23. Yeste-García, N. La enfermería familiar y comunitaria.2015.
24. Represas-Carrera FJ, Comesaña-Diego L, Carrera-García Á, Vidal M, Rodríguez-Iglesias FJ, Calvo-Pérez AI, Díaz-Hoyos R. Situación actual de la especialidad de Enfermería Familiar y Comunitaria en España. Enfermería Global. 2016; 15(44):197-208.
25. Sáez S; Fernández MN, García AB, de la Torre L, Iglesias JA. Relación entre la formación especializada de los profesionales de enfermería de Castilla y León y su actividad laboral. Tiempos de enfermería y salud. 2020;2(7):42-46.
26. Pérez BV, Larrañaga SC, Cerdà JCM, Rodríguez EO. Formación en salud comunitaria: retos, amenazas y oportunidades. Informe SESPAS 2018. Gaceta Sanitaria, 2018; 32:82-85.
27. Martínez-Riera JR, Rodríguez FJC. Enfermería familiar y comunitaria, cronología de una especialidad. Enfermería Clínica.2019;29(6): 352-356.
28. Plan de acción de Atención Primaria 2022-2023. Ministerio de Sanidad. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/organizacion/consejoInterterri/docs/1434.pdf>
29. Oltra E. Especialidades enfermeras: el día después. Administración Sanitaria. 2009;7(2): 293-307.
30. Martínez-Riera JR, Rodríguez FJC. Enfermería familiar y comunitaria, cronología de una especialidad. Enfermería Clínica. 2019; 29(6):352-356.

Intervenciones de enfermería en promoción de la salud en atención primaria de España: una revisión sistemática

Francisco Miguel Escandell-Rico ¹, Lucia Pérez-Fernández ²

¹ Profesor de enfermería. Departamento de enfermería. Universidad de Alicante. Alicante (España).

² Coordinadora de enfermería. Centro de salud Almoradí. Departamento de salud de Orihuela. Alicante (España).

Autor de correspondencia: francisco.escandell@ua.es

Manuscrito recibido: 19/07/2023

Manuscrito aceptado: 06/11/2023

Cómo citar este documento

Escandell-Rico F M, Pérez-Fernández L. Intervenciones de enfermería en promoción de la salud en atención primaria de España: una revisión sistemática. *Quantitative and Qualitative Community Research RqR*. 2023 Nov; 11 (2): 19-34.

Original

Resumen

Objetivo: Analizar de la evidencia más actual en relación con las intervenciones de enfermería en promoción de la salud en atención primaria de España.

Método: Durante el proceso de revisión, seguimos las recomendaciones para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis y los puntos de notificación preferidos para las revisiones sistemáticas PRISMA. La búsqueda bibliográfica se realizó en bases de datos Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), SCOPUS, Scielo, MedLine / PubMed, Cochrane y en el buscador Google Scholar, con lenguaje libre y controlado, utilizando los términos de búsqueda MeSh: "primary health care", "health promotion", "treatment outcome", "nursing" combinándolos con los operadores booleanos AND y OR. Se analizaron 8 ar-

tículos seleccionados. Los artículos fueron seleccionados en función de su relevancia, de los cuales se identifica como principal tipo de estudio el ensayo clínico. Se incluyeron artículos a texto completo, disponibles en cualquier idioma, publicados en revistas académicas revisadas por pares y publicados entre 2018 y 2023.

Resultados: La herramienta principal de estudio representa la intervención educativa grupal. Los temas de discusión más importantes extraídos en los artículos analizados, hacen referencia a la diabetes, el dolor crónico, la actividad física, la obesidad y los cuidadores.

Conclusiones: Los hallazgos de este estudio indican que el incremento en el conocimiento, autoeficacia y percepción de beneficios corrobora que una intervención educativa podría ser considerada una herramienta útil para promover la promoción de la salud en atención primaria.

Palabras clave

Promoción de la salud, atención primaria de salud, resultados de intervenciones en salud, enfermería.

Nursing interventions in health promotion in primary care in Spain: a systematic review.

Abstract

Objective: To analyze the most current evidence in relation to nursing interventions in health promotion in primary care in Spain.

Method: During the review process, we followed the recommendations to improve the publication of systematic reviews and meta-analyses and the preferred reporting points for PRISMA systematic reviews. The bibliographic search was carried out in Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), SCOPUS, Scielo, MedLine / PubMed, Cochrane databases and in the Google Scholar search engine, with free and controlled language, using the MeSh search terms: "primary health care", "health promotion", "treatment outcome", "nursing" by combining them with the Boolean operators AND and OR. 8 selected articles were analyzed. The

articles were selected based on their relevance, of which the clinical trial was identified as the main type of study. Full-text articles were included, available in any language, published in peer-reviewed academic journals and published between 2018 and 2023.

Results: The main study tool represents the group educational intervention. The most important discussion topics extracted in the analyzed articles refer to diabetes, chronic pain, physical activity, obesity and caregivers.

Conclusions: The findings of this study indicate that the increase in knowledge, self-efficacy and perception of benefits corroborates that an educational intervention could be considered a useful tool to promote health promotion in primary care.

keywords

Primary Health Care, Health promotion, Treatment Outcome, nursing

Introducción

La promoción de la salud y la prevención primaria son actividades del sistema de atención primaria de salud (1). Aunque la prevención primaria tiene lugar principalmente en los ámbitos de salud, el desarrollo de la promoción de la salud debe tener lugar en la comunidad. La dimensión comunitaria de la atención primaria de salud es esencial para abordar los determinantes sociales de la salud y trabajar con otros actores para reducir las inequidades en salud (2).

Tradicionalmente, la atención primaria de salud se ha considerado el nivel de atención más estrechamente relacionado con las prácticas de promoción de la salud. En los últimos años se ha hecho evidente la necesidad de impulsar un nuevo liderazgo en la atención primaria en esta práctica. Los determinantes sociales se fundamentan en marcos conceptuales que priorizan lo contextual o grupal sobre lo individual. Las recomendaciones evidencian que la reducción de las desigualdades sociales en salud no es posible sin un compromiso para impulsar la salud y la equidad en todas las políticas y para avanzar hacia una sociedad más justa (3). Entre otras cosas, las demandas creadas por la prevalencia de procesos de enfermedades crónicas generan grandes expectativas en este nivel de atención (2,4).

Por ello, la estrategia nacional de promoción y prevención de la salud en el sistema de salud, aprobada en enero de 2015 por la comisión interterritorial, establece que en el marco de los determinantes sociales y la igualdad es necesario un enfoque ambiental saludable, una mayor cooperación intersectorial y la participación ciudadana en la promoción de la salud y el bienestar (4).

En relación con la nueva atención primaria en nuestro país, la enfermera del equipo de salud debe asumir un claro papel de liderazgo en el desarrollo de medidas y programas preventivos y de promoción, con especial énfasis en todas las tareas relacionadas con la educación para la salud individual o grupal (5). De este modo se crearían oportunidades relacionadas como lugares de actuación de un equipo de profesionales específico mediante el big data y small data, de cómo trabajar con las comunidades locales para mejorar la salud de la población. (6)

No debemos olvidar que cada vez con más frecuencia observamos que los propios clientes del sistema exigen que se tomen ciertas medidas preventivas y promocionales. El hecho de que las personas estén cada vez más informadas sobre todos los temas de salud las motiva decisivamente a convertirse cada vez más en verdaderos promotores de la implementación de estos programas y actividades (7).

Tampoco hay que olvidar que muchos especialistas mantienen un gran escepticismo sobre la eficacia de las medidas preventivas y de promoción de la salud. Estamos acostumbrados a ver los resultados de las intervenciones terapéuticas a corto o medio plazo, que muchas veces se observan en los pacientes; por el contrario, las actividades preventivas no se traducen en cambios en la situación clínica de los individuos y sus beneficios sólo se pueden objetivar a largo plazo y de forma colectiva a través de variaciones favorables de los índices de morbilidad, mortalidad, discapacidades y de esperanza de vida (8).

Por tanto, el objetivo del presente trabajo es disponer de la evidencia más actual en relación con las intervenciones de enfermería en promoción de la salud en atención primaria de España.

Métodos

Procedimiento de búsqueda

Durante el proceso de revisión, seguimos las recomendaciones para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metanálisis (9) y los puntos de notificación preferidos para las revisiones sistemáticas PRISMA (10). Se utilizaron las siguientes bases de datos académicas para identificar los artículos incluidos: Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), SCOPUS, Scielo, MedLine / PubMed, Cochrane y en el buscador Google Scholar. Se realizó la revisión de la literatura durante los meses del 10 mayo al 28 de junio del 2023. Se utilizaron los términos de búsqueda MeSh: "primary health care", "health promotion", "treatment outcome", "nursing" combinándolos con los operadores booleanos AND y OR y obteniendo la cadena de búsqueda ("health promotion"[Mesh]) AND ("interventions"[Mesh]) AND ("primary care"[Mesh]) AND ("treatment"[Mesh]) AND ("outcome"[Mesh]) AND ("nursing"[Mesh]).

Los elementos de la pregunta PICO fueron:

- **Participantes/población:** para ser elegible en la revisión, los estudios se dirigieron directamente a población española atendida en atención primaria.
- **Intervenciones:** la revisión se centró en intervenciones de enfermería en promoción de la salud en atención primaria de España.
- **Comparador(es)/control:** se consideraron estudios otras intervenciones de enfermería en promoción de la salud en el ámbito de atención primaria de España.
- **Resultados principales:** los resultados específicos de interés y los datos elegibles para su inclusión fueron: incremento en el conocimiento, autoeficacia y percepción de beneficios

Criterios de inclusión y exclusión

Fueron de interés los artículos que describían la evidencia más actual teniendo en cuenta el tiempo de intervención en relación con las intervenciones de enfermería en promoción de la salud en atención primaria de España. Se incluyeron artículos que cumplieran con los siguientes criterios: sólo artículos a texto completo, disponibles en cualquier idioma, publicados en revistas académicas revisadas por pares y publicados entre 2018 y 2023. Respecto al tipo de diseño, estarían incluidos: ensayos clínicos controlados y aleatorizados, estudio retrospectivo (casos y controles), estudios transversales, de cohorte retrospectivo, estudio prospectivo aleatorizado (cohortes), estudios cualitativos y cuasiexperimental. Esta ventana de búsqueda se utilizó para seguir las prácticas recomendadas de revisión de la literatura (10) y poder seleccionar al menos un marco de búsqueda de 5 años que capture las publicaciones que fueron relevantes y oportunas. Se excluyeron la duplicidad de artículos, revisiones bibliográficas, los artículos que describían las intervenciones de enfermería en promoción de la salud en otros ámbitos de estudio diferentes a la atención primaria y a España.

Extracción y análisis de datos

Inicialmente, dos investigadores analizaron las referencias por separado mediante la lectura de títulos y resúmenes, y si cumplieran con los criterios de inclusión, se encontraron los artículos completos y nuevamente se evaluaron de forma independiente para su inclusión. El acuerdo entre los dos investigadores fue del 90%, eliminando el resto de los artículos que no llegaron a este acuerdo. Tras la selección de artículos para su inclusión en la revisión, el proceso se realizó de manera independiente por fases (abstract, consenso, comprobación de resultados,..) incluyendo: año de publicación, revista, co-

unidad autónoma de origen, tamaño de la muestra, descripción de la actividad de intervención, resultados y conclusión. La calidad del estudio se evaluó de acuerdo con el riesgo de sesgo a través de la herramienta Cochrane (11). De los documentos incluidos en la revisión sistemática se extrae la siguiente variables respuesta: intervenciones de enfermería en promoción de la salud en atención primaria de España. Se puede visualizar el procedimiento de búsqueda y extracción de las referencias en la figura 1 (diagrama PRISMA).

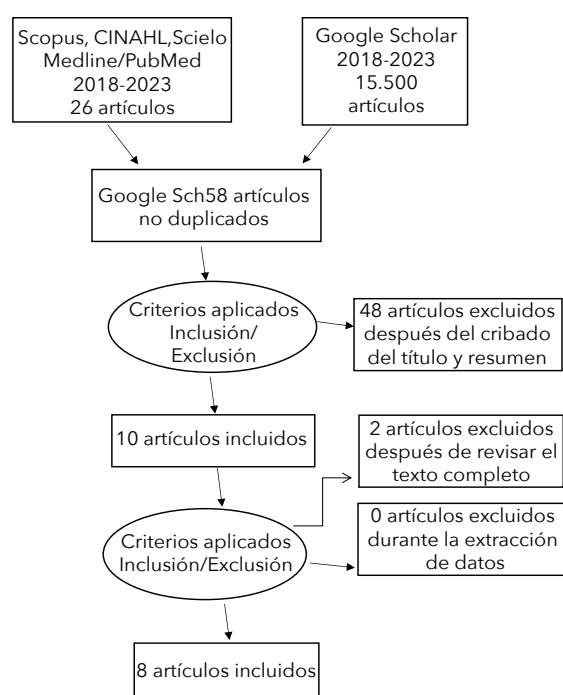


Figura 1. Diagrama prisma

Resultados

Se revisaron cuidadosamente ocho estudios que cumplieron con los criterios de inclusión. Las fechas de publicación de los estudios incluidos fueron entre 2018 y 2023. Los artículos incluidos analizaron muestras que oscilaban entre 116 y 9063 participantes. La tabla 1 resume las características de cada artículo.

Resumen de evidencia

Después de analizar el contenido de los 8 artículos incluidos, se identifica como principal tipo de estudio el ensayo clínico. La herramienta principal de estudio representa la intervención educativa grupal. La Tabla 2 muestra los resultados de cada estudio.

De la Fuente Coria *et al.* (12) evaluó la eficacia de un programa de educación estructurada e individualizada en diabetes tipo 2, impartido por una enfermera de atención primaria, que contó con refuerzos educativos y apoyo familiar para lograr el control metabólico y objetivos terapéuticos a largo plazo. Después de 12 meses de seguimiento, se observó una disminución de la hemoglobina glucosilada en el grupo de intervención, pero no en el grupo de control (-0,55, IC del 95%: -0,20, - 0,90, $p < 0,001$ frente a +0,06, -0,14, +0,28, $p = 0,530$). Sin embargo, la diferencia entre los grupos no fue estadísticamente significativa en esta etapa de seguimiento. La presión arterial sistólica fue estadísticamente más baja después de meses en el grupo de intervención (-1,7, IC del 95 % - 5,2, +1,8 frente a +0,9, IC del 95 % -3,6, +5,5, $p < 0,024$).

La intervención del estudio de Represas-Carrera *et al.* (13) de evaluar la efectividad de una intervención multicomponente en el control glucémico de pacientes con diabetes mellitus solo dio resultados estadísticamente significativos y mostró una adherencia a la dieta mediterránea 0,45 puntos superior (IC 95%: 0,01-0,89). Los pacientes del grupo intervención se adherieron más correctamente (1,62 veces) a la dieta mediterránea (IC 95%: 1,03-2,54) que los del grupo control.

Aguirrezabal *et al.* (14) evaluaron la efectividad de una intervención educativa grupal basada en atención primaria sobre

Tabla 1. Características del artículo.

Primer autor, año	Comunidad autónoma	Revistas	Muestra	Tipo de estudio
De la Fuente Coria, 2019	Andalucía	Revista internacional de estudios de enfermería	236	Ensayo clínico aleatorizado
Rodríguez-Álvaro, 2018	Canarias	Enfermería clínica	9.063	Retrospectivo transversal
Aguirrezabal, 2019	País Vasco	Investigación y desarrollo de atención primaria de salud	116	Ensayo controlado aleatorio
Morales-Fernández, 2021	Andalucía	The Journal of Advanced Nursing	279	Ensayo controlado aleatorio abierto
Riera-Sampol, 2021	Mallorca	The Journal of Advanced Nursing	263	Ensayo clínico multicéntrico
Martínez-Santos, 2021	Galicia	Applied Nursing Research	423	Estudio prospectivo transversal
Represas-Carrera, 2021	Andalucía, Aragón, Baleares, País Vasco, Castilla y León, Cataluña y Galicia	International Journal of Environmental Research	420	Ensayo clínico aleatorizado multicéntrico
Lugones-Sanchez, 2020	Salamanca, Valladolid, Cuenca, Palma de Mallorca y Zaragoza	JMIR Mhealth Uhealth	440	Ensayo clínico aleatorizado, controlado, multicéntrico

Tabla 2. Temas y evidencia relacionada

Primer autor, año	Intervención	Resultados	Conclusión
De la Fuente Coria, 2019	Evaluar la eficacia de un programa de educación estructurada e individualizada en diabetes tipo 2, impartido por una enfermera de atención primaria.	Después de 12 meses, el nivel de hemoglobina glicosilada y la presión arterial sistólica disminuyeron en el grupo de intervención. Después de 24 meses, las siguientes variables mejoraron significativamente entre los participantes del grupo de intervención: glucemia basal, hemoglobina glicosilada, colesterol total, colesterol de lipoproteínas de baja densidad y presión arterial diastólica.	La educación diabética continua con sesiones de refuerzo impartidas por una enfermera consiguió reducciones de la hemoglobina glicosilada, la glucemia basal, el colesterol total, el colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad y la presión arterial sistólica a medio y largo plazo.
Represas-Carrera, 2021	Evaluar la efectividad de una intervención multicomponente en el control glucémico de pacientes con DM de 45 a 75 años con dos o más hábitos de vida no saludables (fumadores, poco practicantes de actividad física y/o escasa adherencia a la dieta mediterránea).	Los pacientes del grupo intervención se adhirieron más correctamente (1,62 veces) a la dieta mediterránea (IC 95%: 1,03-2,54) que los del grupo control.	No se encontraron cambios estadísticamente significativos ni para el control glucémico ni para la actividad física, el sedentarismo, el tabaquismo y la calidad de vida. Las intervenciones multicomponentes individuales, grupales y comunitarias solo mostraron una mejora estadísticamente significativa en la adherencia a la dieta mediterránea.

Tabla 2. Temas y evidencia relacionada

Primer autor, año	Intervención	Resultados	Conclusión
Aguirrezabal, 2019	Evaluar la efectividad de una intervención educativa grupal basada en la atención primaria en la que se entrenó a los pacientes en los conceptos actuales de la neurociencia del dolor aplicada a la migraña, para el manejo de la afección, en comparación con la atención médica habitual.	La migraña tuvo un mayor impacto limitante en la vida de los pacientes del grupo de control que los del grupo de intervención, con una diferencia significativa entre los grupos.	Una intervención educativa grupal podría ser una estrategia eficaz para el manejo de la migraña, ya que reduce sustancialmente el número de días perdidos por la condición, disminuye la intensidad del dolor y disminuye la ingesta de medicamentos.
Morales-Fernández, 2021	Determinar el efecto de un programa integral dirigido por enfermeras para pacientes con dolor crónico no maligno sobre la calidad de vida, el nivel de dolor, la ansiedad y la depresión, como resultados primarios y la satisfacción de los pacientes como punto final secundario.	A los 9 meses, el tamaño del efecto (estadística no paramétrica del tamaño del efecto A) favoreció al grupo de intervención para la puntuación de salud mental SF-36 (A=0,79; IC 95%: 0,73-0,85), ansiedad (A=0,58; IC 95%: 0,51-0,65), intensidad del dolor (A=0,57; IC 95%: 0,51-0,64) y depresión (A=0,58; IC 95%:0,51-0,65).	Un programa integral dirigido por enfermeras para pacientes con dolor crónico no maligno tiene un impacto positivo en su calidad de vida, nivel de dolor y salud mental.
Riera-Sampol, 2021	Evaluar la efectividad de una intervención multifactorial de 12 meses realizada por enfermeras de atención primaria utilizando activos sanitarios para aumentar la adherencia a la prescripción de actividad física (150 min/semana) en pacientes con dos o más factores de riesgo cardiovascular.	La adherencia a la recomendación de al menos 150 min de actividad física fue mayor en el grupo intervención que en el control ($\chi^2=3.951$, $p=.047$). Sin embargo, esta mayor adherencia no supuso mayores niveles de actividad física ya que no se encontraron diferencias entre grupos en la actividad física total realizada tras la intervención ($t=-0,915$, $p=.361$).	La intervención multifactorial realizada por enfermeras de atención primaria indujo una mayor adherencia a la recomendación de 150 min de actividad física semanal.
Martínez-Santos, 2021	Describir los cuidados que brindan los cuidadores familiares de personas con demencia y el impacto en su salud, así como analizar cómo las variables personales de los cuidadores se relacionan con las tareas de cuidado y su impacto en la salud.	Los cuidados brindados con mayor frecuencia correspondieron a las necesidades de "nutrición" y "movimiento". La falta de tiempo libre, las modificaciones en las actividades de ocio, la reducción del sueño o del descanso y la interrupción de la vida familiar surgieron como las mayores repercusiones en la salud del cuidador.	La identificación de los tipos de cuidados prestados, el impacto del cuidado en la salud y las variables que inciden en la vulnerabilidad del cuidador familiar es fundamental para desarrollar planes de cuidados de enfermería individualizados y efectivos, que incluyan intervenciones de educación en salud para mejorar la calidad de vida tanto de los cuidadores como de las personas cuidadas para.
Lugones-Sanchez, 2020	Evaluar la efectividad a corto plazo (3 meses) de una aplicación móvil y una banda inteligente para perder peso y cambiar la composición corporal en adultos españoles sedentarios con sobrepeso u obesidad.	La intervención mHealth produjo una mayor pérdida de peso corporal (-1,97 kg, IC del 95 %: -2,39 a -1,54) en relación con el asesoramiento estándar a los 3 meses (-1,13 kg, IC del 95 %: -1,56 a -0,69). Comparando grupos, el grupo intervención logró una pérdida de peso de 0,84 kg más que el grupo control a los 3 meses.	Los resultados de este estudio de ensayo clínico controlado aleatorio multicéntrico muestran que, en comparación con el asesoramiento estándar solo, agregar una aplicación auto informada y una banda inteligente obtuvo resultados beneficiosos en términos de pérdida de peso.

Tabla 2. Temas y evidencia relacionada

Primer autor, año	Intervención	Resultados	Conclusión
Rodríguez-Álvarez, 2018	Conocer los criterios de resultado y explotar planificadas por las enfermeras para los dolientes con y sin complicaciones en la comunidad autónoma de Canarias.	Los principales criterios de resultado en la atención del doliente con complicaciones son: resolución de la aflicción; modificación psicosocial, cambio de vida; afrontamiento de problemas; afrontamiento de los problemas de la familia; clima social de la familia y salud emocional del cuidador principal.	Las intervenciones deben ser planificadas de forma sistemática para mejorar la calidad de la atención al final de la vida. En general, la evidencia de los beneficios de esta terapia es sólida, aunque se necesitan investigaciones adicionales.

conceptos de neurociencia del dolor para el manejo de la migraña en comparación con la atención médica de rutina brindada a pacientes con esta afección. Se evaluaron disminuciones de al menos un 50% en la duración (en días) e intensidad de la cefalea y en la toma de medicación y se observaron diferencias significativas en todos los casos a favor del grupo de intervención ($p < 0.005$). El gasto medio por paciente en medicación para tratar los ataques de migraña fue €45,53 en el grupo control y €12,33 en el grupo de intervención.

Morales-Fernández *et al.* (15) observó que la calidad de vida relacionada con la salud mostró diferencias basales entre grupos en las puntuaciones del SF-36, aunque sí se encontraron diferencias significativas, favorables al grupo de intervención, durante todos los periodos de seguimiento. En cuanto a la intensidad del dolor, los resultados obtenidos de la prueba de Mann-Whitney reflejaron diferencias basales y sí diferencias significativas, tanto en reposo como durante la actividad, en las evaluaciones a los 3, 6 y 9 meses posteriores al tratamiento. La ansiedad y depresión también reflejaron diferencias significativas a favor del grupo de intervención. En relación a los niveles de satisfacción con el programa, todos los ítems evaluados obtuvieron $> 8,5$ puntos en una escala de 0 a 10.

En el estudio de Riera-Sampol *et al.* (16), cabe destacar que, tras la intervención, el cumplimiento de la recomendación de al menos 150 minutos de actividad física fue mayor en el grupo intervención que en el grupo control ($\chi^2 = 3,951$, $p = 0.047$). Al final del estudio, los participantes del grupo de intervención habían pasado más tiempo caminando que los participantes del grupo control ($t = 2,260$, $p = 0,025$). Tras la intervención no se encontraron diferencias entre grupos en parámetros como índice de masa corporal (IMC), presión arterial, nivel de colesterol, riesgo cardiovascular (ecuación de Framingham-REGICOR) o número de factores de riesgo cardiovascular.

Martínez-Santos *et al.* (17) también muestra en su estudio como los cuidados brindados con mayor frecuencia fueron los relacionados con la preparación y compra de alimentos, así como con el acompañamiento del paciente a los servicios de salud, por lo tanto, correspondientes a las necesidades de nutrición y movimiento, respectivamente. Del mismo modo, las dimensiones psicofísicas y socioeconómicas se vieron afectadas, con reducción del tiempo de descanso, fatiga y síntomas relacionados con la ansiedad, además de reportarse un impacto negativo en la cantidad de tiempo libre, actividades de ocio y reducción de la vida familiar.

En el estudio de Lugones-Sanchez Sykes *et al.* (18), se determinaron cambios de peso corporal durante el periodo de estudio. Comparando grupos, el grupo intervención logró una pérdida de peso de 0,84 kg más que el grupo control a los 3 meses. Analizando por sexo, no se observaron cambios significativos en el peso corporal entre los hombres del grupo control y el grupo intervención. Sin embargo, las mujeres del grupo intervención tuvieron una pérdida de peso significativa de 1,37 kg (IC del 95 %: -2,03 a -0,71) en comparación con sus contrapartes del grupo control. Con respecto a los grupos de índice de masa corporal, al inicio, la pérdida de peso en el grupo intervención fue mayor en sujetos con obesidad ($IMC \geq 30 \text{ kg/m}^2$) que en sujetos con sobrepeso ($IMC < 30 \text{ kg/m}^2$).

Otro grupo de investigadores (19) identificó los criterios de desenlace e intervenciones planificadas por enfermeras a los dolientes con y sin complicaciones en Canarias. Las enfermeras de atención primaria identificaron 20 criterios de resultado NOC (Clasificación de resultados de enfermería) diferentes en la población de duelo complejo, que incluyen principalmente: resolución del duelo ($n = 86$; 15,80%); resolución de problemas ($n = 78$; 14,40%); Afrontamiento de problemas familiares ($n = 29$; 5,30%) y cambios psicosociales, cambios de vida ($n = 14$; 2,6%). El resto es menos del 1% de los dolientes. Al dividir por género, hubo diferencias significativas en emergencias, apoyo moral, reducción de ansiedad, apoyo emocional y escucha activa. El desglose por grupo de edad mostró diferencias significativas en algunos brotes, con más brotes ocurridos antes de los 65 años: medicamentos orales, inmunidad mejorada y control de signos vitales.

Discusión

Es importante considerar y actualizar las estrategias de implementación de intervenciones grupales para la promoción de la salud por parte de enfermería de atención primaria. Los estudios incluidos en esta revisión buscan disponer de la evidencia más actual en relación actual en relación con las intervenciones de enfermería en promoción de la salud en atención primaria de España.

Dos estudios (12,13) evaluaron la efectividad de una intervención multicomponente en el control glucémico de pacientes con diabetes mellitus. Otros dos estudios (14,15) evaluaron la efectividad de una intervención educativa para pacientes con dolor. Tres artículos (16,17,18) evaluaron nutrición y actividad. Y un artículo (19) evaluó los criterios de resultado planificados por las enfermeras para los dolientes con y sin complicaciones.

En el estudio de De la Fuente Coria *et al.* (12), la intervención educativa tuvo efectos favorables a mediano y largo plazo sobre la glucemia en ayunas, la hemoglobina glicosilada, el colesterol total, el colesterol unido a lipoproteínas de baja densidad y la presión arterial sistólica. Las tasas de respuesta del estudio fueron altas después de dos años de seguimiento: 70 % de los participantes en el grupo de intervención y 99 % en el grupo de control. Esto se compara positivamente con otras intervenciones de educación para el autocuidado que obtuvieron datos de seguimiento a largo plazo en el grupo de intervención del 51 % (20) al 60% (21) de los participantes originales. Una revisión sistemática reciente con metaanálisis que incluyó 47 estudios con 8533 participantes con diabetes mellitus tipo 2 encontró que la educación grupal fue más efectiva para mejorar los resultados clínicos que la atención habitual y la educación individual (22).

En el estudio de Represas-Carrera *et al.* (13) no se encontraron cambios estadísticamente significativos ni para el control glucémico ni para la actividad física, ni para el sedentarismo, el tabaquismo y la calidad de vida. La intervención multicomponente solo mostró una mejora estadísticamente significativa en la adherencia a la dieta mediterránea. En cuanto al impacto clínico de estos resultados, el tamaño del efecto obtenido indica que este también es un resultado clínicamente relevante, según los puntos de corte de Cohen en la investigación educativa (23).

En el estudio de Aguirrezabal *et al.* (14) demuestra que la intervención fue más eficaz que la atención habitual a los 12 meses de seguimiento para lograr una disminución del 50 % en la intensidad del dolor (OR 9,116; $p = 0,005$) y toma de medicación (OR 13,267; $p < 0,001$). Al igual que otros estudios, (24) es importante destacar que las intervenciones educativas grupales son comunes en el ámbito de atención primaria (p. ej., para pacientes con diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, fumadores, etc.) y, en general, los profesionales de atención primaria tienen experiencia en este tipo de intervenciones. Además, creemos que los pacientes pueden percibir a los profesionales de atención primaria como más accesibles que otros especialistas hospitalarios.

Respecto al estudio de Morales-Fernández *et al.* (15) los valores medios de las ocho dimensiones del cuestionario SF-36, medidos al inicio del estudio, estaban por debajo de los de la población de referencia, excepto la vitalidad. Se han informado patrones similares en estudios anteriores (25). Los resultados del ensayo clínico reflejan la notable mejora en la puntuación de salud mental lograda por el grupo de tratamiento en contraste con otros autores que han encontrado mejoras en la dimen-

sión física (26). Finalmente, registraron niveles basales moderados de ansiedad y depresión, en línea con otros estudios (27).

El principal hallazgo en el estudio de Riera-Sampol *et al.* (16), fue que la intervención indujo una mayor adherencia a la recomendación de 150 min de actividad física semanal. Además, la intervención indujo un aumento en el tiempo que los participantes del grupo de intervención pasaban caminando. En cuanto a los protocolos probados para la prescripción de ejercicio, estudios previos han demostrado que cuando se utilizó un asesoramiento breve para la prescripción de actividad física, se observaron pequeñas mejoras en la adherencia a la prescripción (28).

El estudio de Martínez-Santos *et al.* (17) reveló que el perfil del cuidador familiar es el de una hija de mediana edad que vive con la persona a la que cuida. Este retrato coincide con los datos encontrados en otros estudios realizados previamente en otras regiones de España (29). En este estudio, los cuidados más prestados están dirigidos a complementar las actividades instrumentales de la vida diaria (actividades que se realizan todos los días para cuidar de uno mismo y de su hogar), ya que son los primeros afectados con la aparición de la demencia. Además, la sobrecarga física y psíquica de cuidar podría resultar en alteraciones de la salud física y psíquica, contribuyendo a la aparición de enfermedades como la depresión y la ansiedad (30).

Lugones-Sanchez Sykes *et al.* (18) mostró que el uso combinado de una aplicación móvil y una banda inteligente durante 3 meses, más un breve asesoramiento al inicio de la intervención, logró una ligera disminución en el peso y el IMC, pero no en otras variables de com-

posición corporal. Este estudio ofrece información relevante sobre el efecto de las aplicaciones móviles combinadas con dispositivos portátiles, como un brazalete de seguimiento de actividad, en el cambio de composición corporal con una muestra de gran tamaño. En los últimos años, ha aumentado el interés por los efectos de mHealth en la composición corporal, lo que ha dado lugar a investigaciones como el estudio TALENT (31), en el que una intervención de estilo de vida intensiva basada en la web (Individual Health Management) mostró resultados prometedores.

Rodríguez-Álvaro *et al.* (19) consideraron que las enfermeras comunitarias identificaron 9.063 casos de duelo, lo cual es importante porque estos problemas suelen ser desconocidos para los profesionales (32) y la mayoría de los dolientes estaban satisfechos con su red de apoyo habitual. Consideraron que su investigación era relevante para los criterios de resultado de la atención domiciliaria y enfatizaron la importancia de este capítulo para las enfermeras comunitarias. En este sentido, al igual que otros autores, las intervenciones deben planificarse sistemáticamente para mejorar la calidad de la atención al final de la vida (33).

Los ensayos clínicos fueron el tipo de estudio más utilizado entre los diferentes métodos y medidas de resultado (12,14-18). Entre las revisiones realizadas, destacamos como tema principal la intervención educativa grupal.

Los ocho estudios revisados utilizaron diferentes intervenciones y diferentes medidas de resultado, lo que dificulta sacar conclusiones acerca de qué intervención

es más efectiva. Los futuros investigadores que estudien este tema deberían considerar realizar estudios multicéntricos utilizando las mismas herramientas de medición para determinar la efectividad de la intervención en resultados específicos.

Hay varias limitaciones para esta revisión. Primero, debido a la heterogeneidad metodológica, a las características de los/as participantes y a la representatividad, existe la dificultad de extraer conclusiones y generalizar los hallazgos a otros contextos. Finalmente, aunque se han realizado búsquedas extensas en bases de datos y manuales, algunos estudios relevantes pueden haber sido excluidos involuntariamente de esta revisión.

Conclusión

Esta revisión proporciona información sobre la evidencia más actual en relación con las intervenciones educativas realizadas por enfermeras de atención primaria. Las implicaciones que tienen estos resultados para la práctica de enfermería en atención primaria en España hacen referencia al incremento en el conocimiento, autoeficacia y percepción de los beneficios que una intervención educativa. De este modo, podría ser considerada una herramienta útil para promover la promoción de la salud en atención primaria.

Además, se deberían realizar más estudios y estrategias de implementación por parte de las administraciones/organizaciones sanitarias para su puesta en práctica comunitaria, incluyendo el análisis de su aplicabilidad a diferentes contextos y grupos de población en atención primaria.

Referencias

1. Cabeza E, March S, Cabezas C, Segura A. Promoción de la salud en atención primaria: si Hipócrates levantara la cabeza. *Gac Sanit.* 2016;30 (1):81-86.
<https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2016.05.012>.
2. Hernández-Aguado I, Santaolaya Cesteros M, Campos Esteban P. Las desigualdades sociales en salud y la atención primaria. Informe SESPAS. *Gac Sanit.* 2012; 26(1): 6-13.
<https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.09.036>.
3. Comisión Para Reducir Las Desigualdades Sociales En Salud En España. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. *Gac Sanit.* 2012;26(2):182-189.
<https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2011.07.024>
4. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia de promoción de la salud y prevención en el SNS en el marco del abordaje de la cronicidad en el SNS. [Internet]. Madrid. 2014. [citado 4 de noviembre 2023]. Disponible en:
<https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/estrategiaSNS/home.htm>
5. Cofiño Fernández R, Alvarez Muñoz B, Fernández Rodríguez S, Hernández Alba R. Promoción de la salud basada en la evidencia: realmente funcionan los programas de salud comunitarios? *Aten Primaria.* 2005;35(9):478-483.
<https://dx.doi.org/10.1157/13075472>.
6. Cofiño R, López-Villar S, Suárez O. How to work with local communities to improve population health: big data and small data. *J Epidemiol Community Health.* 2017; 71 (7): 657-659.
<https://dx.doi.org/10.1136/jech-2016-207449>
7. Grandes G, Sanchez A, Cortada JM, Calderon C, Balague L, Millan E, et al. Estrategias útiles para la promoción de estilos de vida saludables en atención primaria de salud. Investigación Comisionada. Vitoria-Gasteiz. Departamento de Sanidad, Gobierno Vasco, 2008. Informe nº Osteba D-08-07. [citado 4 de noviembre 2023]. Disponible en:
https://www.osakidetza.euskadi.eus/contenidos/informacion/2008_osteba_publicacion/es_def/adjuntos/D_08_07_estilos_vida.pdf
8. Gil-Girbau Montse, Pons-Vigués Mariona, Rubio-Valera Maria, Murrugarra Gabriela, Masluk Barbara, Rodríguez-Martín Beatriz et al. Modelos teóricos de promoción de la salud en la práctica habitual en atención primaria de salud. *Gac Sanit.* 2021; 35(1): 48-59.
<https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.06.011>.
9. Urrútia G, Bonfill X. Declaración PRISMA: una propuesta para mejorar la publicación de revisiones sistemáticas y metaanálisis. *Med Clin.* 2010;135(11):507-511.
<https://doi.org/10.1016/j.medcli.2010.01.015>.
10. Tricco AC, Lillie E, Zarin W, O'Brien KK, Colquhoun H, Levac D, et al. PRISMA Extension for Scoping Reviews (PRISMA-ScR): Checklist and Explanation. *Ann Intern Med.* 2018;169(7):467-473.
<https://doi.org/10.7326/M18-0850>.

11. Higgins JP, Altman DG, Gøtzsche PC, Jüni P, Moher D, Oxman AD, et al. La Colaboración Cochrane 's herramienta para evaluar el riesgo de sesgo en los ensayos aleatorios. *BMJ*. 2011 ;343: d5928343.
<https://doi.org/10.1136/bmj.d5928>
12. De la Fuente Coria MC, Cruz-Cobo C, Santi-Cano MJ. Effectiveness of a primary care nurse delivered educational intervention for patients with type 2 diabetes mellitus in promoting metabolic control and compliance with long-term therapeutic targets: Randomised controlled trial. *Int J Nurs Stud*. 2020; 101:103417.
<https://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2019.103417>.
13. Represas-Carrera F, Couso-Viana S, Méndez-López F, Masluk B, Magallón-Botaya R, Rocio-Rodríguez JI, et al. Effectiveness of a Multicomponent Intervention in Primary Care That Addresses Patients with Diabetes Mellitus with Two or More Unhealthy Habits, Such as Diet, Physical Activity or Smoking: Multicenter Randomized Cluster Trial (EIRA Study). *Int J Environ Res Public Health*. 2021;18(11):5788.
<https://dx.doi.org/10.3390/ijerph18115788>
14. Aguirrezabal I, Pérez de San Román MS, Cobos-Campos R, Orruño E, Goicoechea A, Martínez de la Eranueva R, et al. Effectiveness of a primary care-based group educational intervention in the management of patients with migraine: a randomized controlled trial. *Prim Health Care Res Dev*. 2019;20: e155.
<https://dx.doi.org/10.1017/S1463423619000720>.
15. Morales-Fernández Á, Jimenez-Martín JM, Morales-Asencio JM, Vergara-Romero M, Mora-Bandera AM, Aranda-Gallardo M, et al. Impact of a nurse-led intervention on quality of life in patients with chronic non-malignant pain: An open randomized controlled trial. *J Adv Nurs*. 2021;77(1):255-265.
<https://dx.doi.org/10.1111/jan.14608>.
- 16.-Riera-Sampol A, Bennasar-Veny M, Tauler P, Aguilo A. Effectiveness of physical activity prescription by primary care nurses using health assets: A randomized controlled trial. *J Adv Nurs*. 2021;77(3):1518-1532.
<https://dx.doi.org/10.1111/jan.14649>.
17. Martínez-Santos AE, Vicho de la Fuente N, Facal D, Vilanova-Trillo L, Gandoy-Crego M, Rodríguez-González R. Care tasks and impact of caring in primary family caregivers: A cross-sectional study from a nursing perspective. *Appl Nurs Res*. 2021; 62:151505.
<https://dx.doi.org/10.1016/j.apnr.2021.151505>
18. Lugones-Sanchez C, Sanchez-Calavera MA, Repiso-Gento I, Adalia EG, Ramirez-Manent JI, Agudo-Conde C, et al. Effectiveness of an mHealth Intervention Combining a Smartphone App and Smart Band on Body Composition in an Overweight and Obese Population: Randomized Controlled Trial (EVIDENT 3 Study). *JMIR Mhealth Uhealth*. 2020;8(11): e21771.
<https://dx.doi.org/10.2196/21771>

19. Rodríguez-Álvaro M, García-Hernández AM, Brito-Brito PR, Aguirre-Jaime A, Fernández-Gutiérrez DÁ. Bereavement care interventions and outcome criteria planned by community nurses in the Canary Islands *Enferm Clin (Engl Ed)*. 2018; S1130-8621(17)30194-8.
<https://dx.doi.org/10.1016/j.enfcli.2017.11.005>.
20. Mohamed H, Al-Lenjawi B, Amuna P, Zotor F, Elmahdi H. Culturally sensitive patient-centred educational programme for self-management of type 2 diabetes: a randomized controlled trial. *Prim Care Diabetes*. 2013;7(3):199-206.
<https://dx.doi.org/10.1016/j.pcd.2013.05.002>.
21. Eakin EG, Winkler EA, Dunstan DW, Healy GN, Owen N, Marshall AM, *et al*. Living well with diabetes: 24-month outcomes from a randomized trial of telephone-delivered weight loss and physical activity intervention to improve glycemic control. *Diabetes Care*. 2014;37(8):2177-2185.
<https://dx.doi.org/10.2337/dc13-2427>.
22. Odgers-Jewell K, Ball LE, Kelly JT, Isenring EA, Reidlinger DP, Thomas R. Effectiveness of group-based self-management education for individuals with Type 2 diabetes: a systematic review with meta-analyses and meta-regression. *Diabet Med*. 2017; 34(8):1027-1039.
<https://dx.doi.org/10.1111/dme.13340>.
23. Khunti K, Gray LJ, Skinner T, Carey ME, Realf K, Dallosso H, *et al*. Effectiveness of a diabetes education and self management programme (DESMOND) for people with newly diagnosed type 2 diabetes mellitus: three year follow-up of a cluster randomised controlled trial in primary care. *BMJ*. 2012;344:e2333.
<https://dx.doi.org/10.1136/bmj.e2333>.
24. Louw A, Zimney K, Puentedura EJ, Diener I. The efficacy of pain neuroscience education on musculoskeletal pain: A systematic review of the literature. *Physiother Theory Pract*. 2016;32(5):332-355
<https://doi.org/10.1080/09593985.2016.1194646>
25. Jensen HI, Plesner K, Kvorning N, Krogh BL, Kimper-Karl A. Associations between demographics and health-related quality of life for chronic non-malignant pain patients treated at a multidisciplinary pain centre: a cohort study. *Int J Qual Health Care*. 2016; 28(1):86-91.
<https://doi.org/10.1093/intqhc/mzv108>.
26. Nøst TH, Steinsbekk A, Bratås O, Grønning K. Twelve-month effect of chronic pain self-management intervention delivered in an easily accessible primary healthcare service - a randomised controlled trial. *BMC Health Serv Res*. 2018;18(1):1012.
<https://doi.org/10.1186/s12913-018-3843-x>.
27. Rayner L, Hotopf M, Petkova H, Matcham F, Simpson A, McCracken LM. Depression in patients with chronic pain attending a specialised pain treatment centre: prevalence and impact on health care costs. *Pain*. 2016;157(7):1472-1479.
<https://doi.org/10.1097/j.pain.0000000000000542>.

28. Hillsdon M. Brief health professional-provided interventions may lead to small improvements in physical activity. *Evid Based Med*. 2013;18(1):e1.
<https://doi.org/10.1136/ebmed-2012-100761>.
29. Ruisoto P, Contador I, Fernández-Calvo B, Serra L, Jenaro C, Flores N, *et al*. Mediating effect of social support on the relationship between resilience and burden in caregivers of people with dementia. *Arch Gerontol Geriatr*. 2020; 86:103952.
<https://doi.org/10.1016/j.archger.2019.103952>.
30. Avargues-Navarro ML, Borda-Mas M, Campos-Puente ALM, Pérez-San-Gregorio MÁ, Martín-Rodríguez A, Sánchez-Martín M. Caring for Family Members With Alzheimer's and Burnout Syndrome: Impairment of the Health of Housewives. *Front Psychol*. 2020; 11:576.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00576>.
31. Melchart D, Löw P, Wühr E, Kehl V, Weidenhammer W. Effects of a tailored lifestyle self-management intervention (TALENT) study on weight reduction: a randomized controlled trial. *Diabetes Metab Syndr Obes*. 2017; 10:235-245.
<https://dx.doi.org/10.2147/DMSO.S135572>.
32. Rodríguez-Álvaro M, Brito-Brito PR, García-Hernández AM, Aguirre-Jaime A, Fernandez-Gutierrez DA. The Grieving Nursing Diagnoses in the Primary Healthcare Setting. *Int J Nurs Knowl*. 2019;30(1):34-42.
<https://doi.org/10.1111/2047-3095.12202>.
33. Kissane DW, Zaider TI, Li Y, Hichenberg S, Schuler T, Lederberg M, *et al*. Randomized Controlled Trial of Family Therapy in Advanced Cancer Continued Into Bereavement. *J Clin Oncol*. 2016;34(16):1921-1927.
<https://doi.org/10.1200/JCO.2015.63.0582>

Factores psicosociales, mitos y creencias asociados al abandono precoz de la lactancia materna. Percepción de los profesionales de enfermería.

Alba González García¹ (RN, PhD); Rubén Llada Suárez² (MsC); Lucía del Fresno Marqués³ (MsC)

¹Enfermera, Terapeuta Ocupacional.

²Enfermero, Doctor en Investigación en Medicina por la Universidad de Oviedo, Profesor Asociado en Ciencias de la Salud del Departamento de Medicina, Área de Enfermería y con docencia en el Grado de Enfermería.

³Enfermera, Especialista en Enfermería Obstétrica y Ginecológica, Profesora Asociada de Ciencias de la Salud del Departamento de Medicina, Área de Enfermería y con docencia en el Grado de Enfermería.

Autor de correspondencia: albagnzlzgrc@gmail.com | lladaruben@uniovi.es

Manuscrito recibido: 14/05/2023

Manuscrito aceptado: 02/11/2023

Cómo citar este documento

Alba González García, Rubén Llada Suárez y Lucía del Fresno Marqués. Factores psicosociales, mitos y creencias asociados al abandono precoz de la lactancia materna. Percepción de los profesionales de enfermería. *Quantitative and Qualitative Community Research RqR*. 2023 Nov; 11 (2): 35-49.

Original

RESUMEN

Objetivo: Describir si los mitos y las falsas creencias respecto a la lactancia materna de las madres se relacionan con su abandono desde la perspectiva del personal del equipo multidisciplinar de enfermería.

Metodología: Revisión de la literatura científica y estudio cualitativo fenomenológico, con análisis de contenido, a través de entrevistas semiestructuradas a trece informantes clave: enfermeras, matronas, residentes y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería del Hospital Universitario Central de Asturias.

Resultados: Como resultado en este estudio se obtuvo que muchas creencias carecen de base científica y otros factores psicosociales requieren educación sociosanitaria, por lo tanto, los programas de educación sobre lactancia materna y las redes de apoyo para madres embarazadas y lactantes deben fortalecerse para disipar las creencias que impiden una lactancia materna efectiva.

Conclusiones: Es necesaria una correcta educación y un apoyo perinatal ante los beneficios y los sacrificios de la lactancia materna por parte de los profesionales sanitarios, además de formación continuada y reciclaje.

Palabras clave

Factores psicosociales, mitos y creencias, factores de riesgo, abandono de la lactancia, lactancia materna, enfermería.

Psychosocial factors, myths and beliefs associated with the early abandonment of breastfeeding. Perception of nursing professionals.

Abstract

Objectives: Investigate whether myths and false beliefs about breastfeeding in mothers are related to its abandonment from health professionals perspective.

Methodology: Review of the scientific literature and qualitative phenomenological study, with content analysis, through semi-structured interviews with thirteen key informants: nurses, midwives, residents and health care assistants at Central University Hospital of Asturias.

Results: As a result of this study, many beliefs are not evidence based and other psychosocial factors require health and social education. Therefore, breastfeeding education programmes and support networks for pregnant and breastfeeding mothers should be strengthened to dispel beliefs and promote effective breastfeeding.

Conclusions: There is a need for proper education and perinatal support for the benefits and disadvantages of breastfeeding by health professionals, as well as continued education in lactation.

Keywords

Psychosocial factors, myths and beliefs, risk factors, breastfeeding cessation, breastfeeding, nursing.

Introducción

En las últimas décadas, diversos estudios han demostrado que la lactancia materna exclusiva (LME), aporta beneficios tanto para el hijo, como para la madre, a corto y largo plazo. Durante los primeros 6 meses de vida, en comparación con los niños alimentados con fórmula, los niños alimentados exclusivamente con leche materna tienen un menor riesgo de diarrea, infecciones respiratorias, enfermedades crónicas, síndrome de muerte súbita y la probabilidad de desarrollar sobrepeso u obesidad. A largo plazo, la LME se asocia con una menor propensión a la obesidad y la diabetes, y mayores puntajes en pruebas de desarrollo mental y motor. Para las madres, la lactancia materna (LM) se asocia con menores tasas de hemorragia posparto y, a la larga, menores riesgos de cáncer de mama, de ovario y reduce las tasas de obesidad (1, 2).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (3) y diversas asociaciones científicas nacionales e internacionales como el Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) o la Asociación Española de Pediatría (4) recomiendan, como estrategia de salud pública, la LME durante los primeros 6 meses de vida, junto con otros alimentos complementarios, hasta los dos años o más, siempre que la madre y el bebé lo deseen. Además, la OMS (5) recomienda que la LM se inicie dentro de la primera hora de vida para garantizar que el bebé reciba calostro, que es rico en factores protectores, nutrientes y más. La evidencia reciente sugiere que el contacto piel con piel entre la madre y el bebé poco después del nacimiento facilita el inicio de la LM y aumenta la probabilidad de LME durante 1 a 4 meses después del parto, así como la duración general del amamantamiento.

Según los datos actuales, es poco probable que se logre el objetivo de la OMS de que al menos la mitad de todas las madres en todo el mundo amamanten exclusivamente a sus bebés durante los primeros 6 meses para 2025. Solo el 38% de la población infantil mundial recibe LME entre los 0 y los 6 meses (6). En cuanto a las prevalencias actuales en España, son difíciles de determinar dada la falta de registros oficiales adecuados para su vigilancia y control. La Encuesta Nacional de Salud de 2017 mostró que el 74% de las madres continuaron amamantando dentro de las seis semanas. Posteriormente disminuyó a los seis meses, con solo el 39% de las mujeres que continúan amamantando, lo cual supone una tasa de abandono del 61% (7, 8) a pesar del deseo de amamantar de un alto porcentaje de las madres (3).

A nivel individual, la LM está influenciada por muchos factores, tales como el deseo de amamantar, la experiencia inicial, los objetivos de lactancia, el nivel de confianza, el apoyo familiar, la presencia de redes sociales y el acceso a actividades de apoyo a la lactancia (2). Las percepciones y elecciones de alimentación de las madres también se vieron influenciadas por las recomendaciones dadas por sus proveedores de atención médica. (6).

Además, según varios estudios de autores como Moraes *et al.* (9) y Beggs B (6), existen diversas barreras para iniciar y mantener la LM, como el suministro de leche insuficiente, real o percibido, la importancia del entorno social y la LM en público

Con respecto a los profesionales de la salud, especialmente la enfermería, juegan un papel importante en la promoción de la LM, la orientación hospitalaria sobre lactancia apoya su continuidad durante el período recomendado. Es muy importante aclarar los conceptos equivocados que tengan las madres, informar sobre sus

ventajas, técnicas correctas de amamantamiento, cuidados de las mamas, contraindicaciones, etc. ya que varios trabajos científicos han demostrado que el desconocimiento es una de las principales razones para su abandono. Dados los muchos beneficios descritos, la atención primaria debe brindar un apoyo y un seguimiento críticos para las madres lactantes y sus bebés con la finalidad de prolongarla (9, 10).

Objetivo

El objetivo de este trabajo es profundizar en si los mitos y las falsas creencias respecto a la LM de las madres se relacionan con su abandono desde la perspectiva del personal del equipo multidisciplinar de enfermería.

Metodología

Diseño del estudio

Para la realización de este estudio, se utiliza una metodología cualitativa, utilizando la fenomenología como orientación teórico- metodológica.

El estudio se realizó en el Hospital Universitario Central de Asturias (HUCA), en las unidades de obstetricia, neonatología y partos durante los meses de enero a marzo del 2023.

Población diana

Se consideraron como informantes clave aquellas enfermeras, matronas, técnicas en cuidado de enfermería (TCAE), que trabajaban en las unidades de obstetricia y neonatología durante el estudio hasta alcanzar la saturación de la información. Se incluyeron 5 enfermeras, 3 matronas y 5 TCAE (n=13).

Criterios de inclusión. Estos criterios fueron: aceptar participar voluntariamen-

te, experiencia en el asesoramiento en lactancia materna, trabajar en los servicios de obstetricia, neonatología o partos por un periodo superior a seis meses y que estén en contacto con madres que desean amamantar.

Por otro lado, los criterios de exclusión fueron: no desear participar y personal eventual sin experiencia en el campo de estudio.

Recogida y análisis de datos

Para la recogida de datos se elaboró un guión de entrevista semiestructurada (tabla 1). El guión de entrevista se basó en una revisión de la literatura previa, contextualización y consulta con expertos en LM.

En las entrevistas realizadas mediante una reunión 1:1, se informó a los participantes del objetivo del estudio y de que los datos recogidos en el cuestionario serían tratados de forma confidencial. Se respetó la libre voluntad tanto de participar, como de abandonar la investigación en cualquier momento, una vez notificados se solicitó el consentimiento informado firmado por cada participante. Las entrevistas eran audio grabadas para su posterior transcripción, análisis de contenido y obtención de los datos. Se realizaron 13 entrevistas (E1 - E13), estas tuvieron una duración aproximada de 15 minutos.

Para el análisis de los datos se utilizó como herramienta de apoyo un software de datos cualitativos, el OpenCore. Se codificó a los informantes de E1 a E13 y se crearon códigos y categorías/ familias de información.

Aspectos éticos

Se obtuvo la aprobación del Comité ético del Principado de Asturias (Código CEImPA 2022.597) y se obtuvo permiso de la Gerencia del Área IV previo al inicio del estudio. La participación fue voluntaria,

Tabla 1: Guión Entrevista

Edad__ Sexo__ Categoría profesional_____ Experiencia previa con LM: Si__ No__ Años de experiencia profesional__

¿Qué factores en su entorno influyen en la decisión de una madre a amamantar o no? ¿Cuáles son motivos de abandono?

¿Qué mitos, creencias o tabúes afectan al inicio o mantenimiento de la lactancia materna?

¿Qué mitos o falsas creencias refieren las madres?

¿Qué opina del apoyo social, familiar, de su entorno cercano, medios de comunicación (televisión, internet...) en relación a la información que se da a la madre para la promoción de la lactancia materna? ¿Como es la información que reciben? ¿Se ven madres amamantando en los medios de comunicación?

¿Qué fuentes de información sobre lactancia consultan las madres? (profesionales, medios de comunicación, familiares...)

¿Qué opina de amamantar en público, o la lactancia prolongada más de dos años y cómo se sienten las madres con la lactancia en público?

¿Qué áreas de mejora sugiere?

anónima y confidencial. Todos los participantes recibieron una hoja informativa y consentimiento informado previo a la recogida de datos según la normativa e la Declaración de Helsinki.

Resultados

Participaron un total de 13 informantes, de las cuales el 100% eran mujeres, esto puede ser debido a la feminización de las profesiones sanitarias como es enfermería y TCAE. La media de edad fue de 44 años y la experiencia profesional como enfermeras en el ámbito de la LM de 17 años (tabla 2), tanto la experiencia como el interés personal por el fomento de la LM pueden influir positivamente en la participación del estudio.

1. Factores influyentes en el inicio y la prolongación de la LM

1.1. Influencia del entorno en la decisión de dar LM

Según la experiencia de las profesionales entrevistadas por las que las madres deciden dar el pecho, se mencionan el hecho de que la LM requiere de una buena

preparación psicológica, la importancia de la vida laboral y el apoyo familiar.

E2: Que la madre tenga una buena preparación psicológica y que sepa realmente lo que es la lactancia y lo que quiere y la influencia de la situación materna, trabajo, apoyo familiar, etc.

1.2. Mitos, creencias o tabúes relacionados con la LM

El principal mito que se escucha en las entrevistadas es la falta de leche "hipogalactia". Como ejemplo:

E3: "Vienen todas diciendo es que claro, como no tengo leche."

Otro de los mitos o de las creencias que les influyen a las madres según la percepción de las entrevistadas es la influencia de experiencias familiares:

E1: "Es que mi madre no pudo dar pecho, por ejemplo, o es que mi hermana, el niño, no se enganchó, entonces claro, yo no voy a poder."

1.3. Influencia de la baja materna

La opinión de la mayoría de las entrevistadas viene relacionada con la incompati-

Tabla 2: Características de las profesionales sanitarias entrevistadas

Entrevista	Edad	Sexo	Categoría profesional	Experiencia previa LM	Años experiencia profesional
E1	34	Femenino	Enfermera	Sí	14
E2	61	Femenino	TCAE	Sí	23
E3	53	Femenino	TCAE	Sí	24
E4	34	Femenino	Matrona	Sí	10
E5	44	Femenino	Enfermera	Sí	18
E6	64	Femenino	TCAE	Sí	29
E7	37	Femenino	Enfermera	Sí	15
E8	44	Femenino	Enfermera	Sí	21
E9	27	Femenino	Enfermera	Sí	5
E10	30	Femenino	Matrona	Sí	7
E11	39	Femenino	Matrona	Sí	17
E12	60	Femenino	TCAE	Sí	25
E13	53	Femenino	TCAE	Sí	23

bilidad de los 6 meses de LME con las 16 semanas de baja maternal que se dan en España y dificultades en la conciliación de la vida familiar y laboral. Además de la necesidad en muchas ocasiones, sobre todo en aquellas madres autónomas, de dar lactancia mixta o incluso lactancia artificial desde el comienzo.

E8: "Claro, porque te dicen hasta los seis meses, pero solo te dan 16 semanas de baja maternal. Es imposible hacer una lactancia exclusiva estando trabajando."

1.4. LM en público

Hoy en día ha mejorado la visión de la LM en público, pero según las informantes sigue siendo algo "mal visto" o que aún extraña verlo. Algunas madres aún siguen refiriendo la necesidad de apartarse o "escondarse" para darle el pecho a su hijo.

E11: "Yo no creo que haya cambiado. Sí que ha mejorado en los últimos años para bien esa percepción de la sociedad, pero realmente no creo que haya tampoco mejorado tanto y todavía está como mal visto."

1.5. LM prolongada

En la misma línea surge la LM prolongada, que según la opinión de las entrevistadas está peor vista que la LM en público, aún se tiene un estigma muy grande a ver a niños mayores de 1 año lactando, todavía hay muy poco apoyo en este tema.

E10: "Se ve mal. 1 año igual no tanto, pero, por ejemplo, sí que se ve mal a un niño de dos años, a un niño de tres años, cuando son un poquitín más mayores." "Ahí sí que quizás veo más rechazo, veo pocas palabras positivas, poco apoyo en ese aspecto."

1.6. Entorno e información

1.6.1. Apoyo social/ familiar

Todas las informantes coinciden en lo fundamental que es el apoyo familiar, especialmente de la pareja. Además, hay que tener en cuenta la influencia de los comentarios del entorno.

E10: "Es fundamental. Además, aquí se ve claramente cuando la pareja, acompañante o quien sea, si está involucrado

y ayuda a la mujer. Por ejemplo, una estimulación manual de calostro [...], identificando los signos de búsqueda del bebé.”

1.6.2. Calidad de la información social y los medios de comunicación.

Hoy en día, hay mucha información respecto a la LM, según las entrevistadas, esta información puede ser muy buena o muy distante de la realidad, lo importante es “saber dónde buscar”.

E10: “Hay un poco de todo [...] hay cosas muy buenas, igual que todo ahora mismo, pues la información está en todas partes. Hay muchísima información. Claro, si no tienes conocimiento, pues puedes acceder tanto un tipo de información como otra. Pero sí que creo que hoy a nivel de redes sociales hay muy buenas cuentas Instagram Tik Tok, ...aporta una información muy buena a través de libros también hay gente que está publicando ahora mismo unos libros que son maravillosos en todo el tema de mundo de lactancia, pero después, también te puedes encontrar, sobre todo a nivel de televisión, determinadas informaciones, determinados artículos, prensa tal que chocan un poco o distan un poco de lo que puedes encontrar, sobre todo, por ejemplo, más con el tema de tipos de leche. El código de comercialización de los diferentes tipos que hay, son cosas que acaban confundiendo al final. Entonces sí que hay de todo, hay de todo. La cosa es ver un poco por dónde te mueves.”

1.6.3. Visión de LM en medios de comunicación.

Con respecto a si se ven madres lactando en los medios de comunicación, todas las informantes están de acuerdo en que es algo que todavía no se ve, que ha podido mejorar un poco con el paso del tiempo, pero no es lo normal.

E9: “No, pero tampoco ni en películas, ni en series, ni en casi ninguna historia.”

1.6.4. Fuentes de información consultadas.

Las principales fuentes de información hoy en día son internet y principalmente las redes sociales, aunque algunas madres siguen leyendo libros o guiándose por experiencias familiares.

E4: “Redes sociales y libros también, muchas vienen y dicen es que yo he leído tal libro.”

2. Motivos de abandono de la LM

El principal motivo mencionado es el cansancio y el sacrificio que supone la lactancia, hoy en día se vende como algo mucho más fácil de lo que es y esto hace que ante cualquier dificultad se abandone

E7: “Yo creo que es el cansancio, o sea, el sacrificio que te supone.”

Otro motivo es la necesidad de tener leche desde el primer momento y que todo sea fluido, sin inconvenientes.

E1: “Porque vivimos en una sociedad de la inmediatez. Entonces ellas, en el momento en que se ven que llegan a planta y no tienen leche [...] que ven que un bebé al principio le cuesta más engancharse, que no es todo fluido y demás, ya se empiezan a agobiar, lo dejan.”

2.1. Influencia de la introducción de la alimentación complementaria.

Para las entrevistadas el abandono de la LM en el momento de la introducción de la alimentación complementaria depende por un lado del conocimiento de la madre y por otro lado de la información ofrecida por parte de los profesionales sanitarios.

E10: “La gente cuando desconoce un poco del tema, pues obviamente confía en

los profesionales que tienen alrededor. Y si te dice que a los cuatro meses y medio ya puede estar introduciendo cereales. Pues tú confías en eso. [...], igual se necesita más, más formación, más actualización, ¿no? Pues sí, es la evidencia científica que hay y las últimas actualizaciones y lo que se aconseja.”

2.2. Áreas de mejora

Una de las principales necesidades de mejora es el aumento de las bajas maternales, ya que las organizaciones de salud indican 6 meses de LME, pero aquí en España solo hay cuatro meses de baja laboral, por tanto, la LME es incompatible.

“E4: Pues mira las bajas maternales, sobre todo, que al final que se apoye al menos con los seis meses del recién nacido, con la alimentación exclusiva que es la LM. [...] yo creo que un apoyo institucional real es el tema de las bajas maternales.”

También es muy importante aumentar el apoyo tanto hospitalario como en el momento que las madres salen de hospital y se encuentran sin la ayuda de los profesionales.

E11: “Lo ideal serían visitas domiciliarias, porque es que la logística con un bebé para ir al centro de salud es una cosa horrible. Es como que se te hace un mundo al principio, es que no te organizas, entonces supone un estrés y una no, no es momento para eso. Entonces yo creo que hay más apoyo y seguimiento que una semana. Al día 7, la lactancia ya está, o ha sido un fracaso ya, o si va a ser un éxito, pues bueno.”

Por otro lado, opinan que es muy importante la formación continuada para todos aquellos profesionales en contacto con la LM, para que todas las recomendaciones estén actualizadas.

E10: “Todo partiendo un poquitín a nivel profesional. Pues creo que todo el mundo

que esté en contacto con el tema de LM o lactancia artificial, o sea, todo el mundo que esté en contacto con niños de 0 a 6 meses y con mamás en periodo lactante deberían estar actualizados y formados de manera prácticamente constante para que toda esta serie de recomendaciones que se están dando se dejen de dar, sobre todo las que no, la que no están actualizadas. Esto incluye atención primaria, incluye también, por supuesto atención especializada, atención hospitalaria.”

Discusión

El abandono temprano de la LM como problema social, parece ser el resultado de una combinación de mitos e ideas irracionales, sin sentido científico, arraigadas en gran parte de la población y que constituyen un importante factor de riesgo común contra su buen desarrollo. Se ha investigado mucho en buscar estos y otros factores de riesgo asociados al abandono precoz de la LM, sin embargo, a pesar de las pautas y estrategias de trabajo establecidas, pocos logran modificar los estilos de vida y alterar los patrones de comportamiento asociados a los mismos (13).

Paradójicamente, los mensajes sobre la importancia y la relativa simplicidad de amamantar también pueden contribuir a que las expectativas de las mujeres no coincidan con su experiencia real de amamantar. En nuestro estudio las entrevistadas hablan de la presión ejercida a las mujeres para dar LM y los sentimientos de fracaso al no conseguirlo o ver que no todo fluye de manera natural y sin complicaciones. Esto coincide con algunos estudios publicados en Canadá y Suecia, estos notificaron que las mujeres esperaban que la lactancia se originara de forma “natural”, con facilidad y disfrute (14, 15).

De acuerdo con la literatura revisada en este estudio (14, 15) la influencia de estos factores favorece el abandono precoz de la LM, pero para las informantes el principal motivo mencionado es el cansancio y el sacrificio que supone la lactancia, hoy en día se vende como algo mucho más fácil de lo que es y esto hace que ante cualquier dificultad se abandone.

Oribe *et al.* (1) concluyen en su estudio que durante el período comprendido entre los 4 y los 6 meses de edad, el factor más influyente en el abandono de la LM es la duración de la baja de maternidad. Las madres que estuvieron de baja durante 4 a 6 meses tienen un riesgo 2,65 veces mayor de abandonar la LME que las madres no trabajadoras (1). La vuelta al trabajo es uno de los momentos más difíciles para continuar con la LME, lo que obliga a las madres a incorporar en su jornada laboral la leche artificial o la alimentación complementaria, problema que se ha atribuido a las deficientes políticas laborales que no fomentan la continuidad de la LM para las mujeres que trabajan fuera del hogar. Al igual que en nuestro estudio, y de acuerdo con otros estudios revisados, la opinión de las entrevistadas en relación con la duración de la baja materna en España viene relacionada con la incompatibilidad de compaginar las 16 semanas de baja laboral con los 6 meses de LME que piden las organizaciones sanitarias. También influye en la decisión de dar lactancia mixta o incluso lactancia artificial desde el comienzo para facilitar la lactancia en el momento de la reincorporación laboral.

En España, en comparación con otros países europeos, el permiso de maternidad es de solo 16 semanas, ampliado a 18 para gemelos y 20 semanas para trillizos (17). Si bien esta no es la solución completa, numerosos estudios publicados han demostrado que la licencia de maternidad

remunerada contribuye a la promoción y el apoyo de la LME hasta los seis meses (7, 18). Por tanto y de acuerdo con estos estudios, las profesionales sanitarias entrevistadas ven necesario el aumento de la baja materna hasta al menos los 6 meses de lactancia exclusiva recomendado.

El diagnóstico de hipogalactia ya sea real o percibida, se considera otra barrera para el inicio y mantenimiento de la LM, seguido del fracaso en la ganancia ponderal y/o pérdida de peso del lactante (19). Cuando una madre observa que no le está dando a su bebé suficiente calidad o cantidad de leche materna, puede dejar de amamantar independientemente de la edad del lactante (6, 20). En ocasiones esta creencia se relaciona con el hecho de que la madre siente que sus senos no están llenos, o a una disminución en la producción de leche durante los primeros días del postparto, lo que hace que se preocupe por su capacidad de producir suficiente leche para que el bebé crezca y aumente de peso (21). Según la información recibida por parte de las entrevistadas de acuerdo con los estudios, la mayoría de las madres refieren la creencia de falta de leche, la creencia de que el calostro no alimenta lo suficiente provocando mucha inseguridad y agobio favoreciendo el destete temprano.

Algunas madres lactantes están preocupadas por su suministro de leche y cambian voluntariamente a otros alimentos sin buscar ayuda profesional para evaluar, en detrimento de la LME y sus beneficios para el binomio madre-hijo (21). El conocimiento de las madres sobre los beneficios de la LM es importante cuando se inicia la alimentación complementaria, ya que según las informantes en muchas ocasiones piensan que ya no necesita la leche, que es solo con la alimentación

complementaria es suficiente y dejan a un lado los beneficios de la LM.

Las experiencias y percepciones personales de las mujeres sobre la LM también están influenciadas por presiones culturales para amamantar. Por ejemplo, en el estudio de Beggs (6), las madres galesas encuestadas revelaron que se enfrentaron al juicio y la desaprobación cuando las personas de su entorno descubrieron que habían optado por no amamantar. Las mujeres recordaron haber sido interrogadas por otros, incluidos extraños, mientras amamantaban con leche artificial a sus bebés. De acuerdo con Beggs, manifiestan que muchas madres sienten la necesidad de dar LM por que reciben el mensaje continuamente de que la LM es lo mejor y aunque no sea su deseo hacen como que empiezan para evitar el sentimiento de culpa de “no darle lo mejor a su hijo”, pero ante la mínima dificultad lo abandonan, afectando al estado anímico de las madres.

Según la experiencia de las profesionales, es fundamental el apoyo y la implicación de la pareja en la preparación a la lactancia, la identificación de los signos de búsqueda del bebé y la necesidad de una corresponsabilidad, especialmente en los primeros días.

La falta de apoyo por parte de familiares y profesionales se convierte en un factor que influye negativamente en la práctica y duración de la LME. Sin embargo, los informes obtenidos en el estudio de Luna Jamiel *et al.* (21) sugieren que las madres que amamantan a menudo lidian solas para hacer frente a las dificultades que pueden surgir durante la LM (21). Además, se añade la presión ejercida por el entorno con las diferentes opiniones como: “ese niño no está comiendo bien”, “tu hijo no va a coger peso porque no le estás alimentando bien”, “tu leche no vale”, que, sumándose

a las dificultades de la lactancia, favorecen su abandono.

En la literatura revisada en el estudio de Beggs (6), la LM en público se citó en muchos de los artículos como una barrera importante. Spencer, Wambach y Domaine (23) que estudiaron las experiencias de las madres que amamantan en los EE. UU., expusieron que algunas participantes informaron que sus cuerpos estaban simbólicamente “excluidos” de la conversación cuando amamantaban en público. Sin lugares públicos adaptados para amamantar, muchas mujeres se ven obligadas a cambiar sus hábitos alimenticios en público y retirarse a lugares privados o más apartados, como vehículos privados. La hipersexualización de los senos femeninos se ha citado repetidamente como una de las principales razones de las experiencias negativas y la timidez de las mujeres estadounidenses sobre la LM frente a los demás. Los estudios han informado que amamantar en público hace que las mujeres se sientan rechazadas por los demás, y algunos informan que las mujeres optan por no amamantar en público porque no quieren incomodar a quienes les rodean (6). Conforme con este estudio y según la información obtenida, a pesar de la mejora en los últimos años, la LM en público sigue teniendo una mala percepción por parte de la sociedad.

Algunas recomendaciones basadas en la Guía de Buenas Prácticas Clínicas de LM (2) que coinciden con las necesidades y áreas de mejora percibidas en nuestro estudio son:

Para comenzar es necesaria la valoración del proceso de lactancia mediante herramientas validadas y fiables, en el embarazo y en los momentos clave como las primeras 24 horas postparto en la estancia hospitalaria, y en el momento del alta, para lograr un aumento del volumen de leche y prolongar

la LM. En la valoración prenatal es importante conocer la intención de amamantar, la actitud, el conocimiento y el apoyo social de la persona con el objetivo de prever la continuidad e identificar potenciales problemas. Esto ofrece la oportunidad de abordar las preocupaciones, influir positivamente en la intención de amamantar y aumentar la educación sobre LM.

En la valoración postparto, es importante evaluar la posición y el agarre, el suministro de leche materna (abordando cualquier posible percepción errónea de insuficiencia de leche que como se comentaba anteriormente es una de las causas más frecuentes del cese de LM), las preocupaciones sobre la LM, la red de apoyo, la autoeficacia y los riesgos de trastorno del ánimo materno. Para todo ello existen herramientas de valoración como: la escala LATCH, HILL & HUMENICK y el formulario corto BSES-SF de autoeficacia en LM.

Otras recomendaciones son, la facilitación del contacto piel con piel inmediatamente tras el parto o cuando la situación lo permita, el inicio de la LM en la primera hora desde el nacimiento o una vez que madre y RN estén clínicamente estables mediante la educación prenatal y la asistencia inmediata postparto a pie de cama. Es muy necesario la educación tanto a la madre como a los miembros de la familia (pareja, abuelos/as) en el apoyo de la LM, y en las técnicas de colocación, agarre y transferencia de leche adecuada. Ayudar en la identificación de las señales del bebé lactante, mediante educación, apoyo, y reconocimiento de las necesidades de la persona lactante.

Durante el periodo perinatal, hay que implantar intervenciones individualizadas de autoeficacia para mejorar la confianza en la lactancia. Un ejemplo de esta interven-

ción son las visitas individuales en la planta de hospitalización para observar las sesiones de lactancia y el seguimiento tras el alta para recibir un apoyo continuado en los primeros meses. Antes del alta hospitalaria es importante enseñar a las madres cómo se realiza la extracción de leche manual (ya que el riesgo de causar dolor o traumatismo en el pezón es mejor que con el uso de aparatos).

La falta de estudios de investigación cualitativa que exploren en profundidad las experiencias de las mujeres durante el amamantamiento abre nuevas líneas de investigación que sería interesante ampliar, mediante el estudio con entrevistas dirigidas a padres y madres, en diferentes entornos, con el fin de poder, en un futuro, establecer planes y/o estrategias para lograr los objetivos transversales relacionados con una lactancia óptima.

Conclusión

Las entrevistas realizadas parece que atribuyen a los mitos o creencias falsas como la ausencia de leche, la influencia de las experiencias personales o familiares el abandono de la LM. Además, también un gran desconocimiento sobre el momento de abandono de la lactancia. Por lo tanto, se considera necesario potenciar la información y educación perinatal de las madres, así como la formación de los profesionales ante los beneficios y obstáculos de la LM.

La LM se encuentra entre el proceso biológico y cultural, siendo sus tasas de abandono motivadas por decisiones maternas basadas en circunstancias familiares, consejos del entorno social o en base a experiencias pasadas que entorpecen su instauración y mantenimiento.

Referencias bibliográficas

1. Oribe M, Lertxundi A, Basterrechea M, Begiristain H, Santa Marina L, Villar M, *et al.* Prevalencia y factores asociados con la duración de la lactancia materna exclusiva durante los 6 primeros meses en la cohorte INMA de Guipúzcoa. *Gaceta Sanitaria* [Internet]. Febrero de 2015 [citado el 3 de diciembre de 2022]; 29 (1): 4-9. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.08.002>.
2. Asociación Profesional de Enfermeras de Ontario. Lactancia Materna - Fomento y Apoyo al Inicio, la Exclusividad y la Continuación de la Lactancia Materna para Recién Nacidos, Lactantes y Niños Pequeños. 3ª ed. RNAO [Internet]. Julio de 2018 [citado el 8 de diciembre de 2022]. Disponible en: https://www.bpsso.es/wp-content/uploads/2020/01/D0015_Lactancia_Materna.pdf
3. Resolución de 21 de agosto de 2022, de la Secretaría de Estado de Sanidad, por la que se publica el Convenio entre la Dirección General de Salud Pública e Iniciativa para la Humanización de la Asistencia al Nacimiento y la Lactancia, para la promoción, protección y apoyo a la lactancia materna y potenciación de la humanización de la asistencia al nacimiento. (*Boletín Oficial del Estado*, número 207, de 29 de agosto de 2022). Disponible en: <https://www.boe.es/boe/dias/2022/08/29/pdfs/BOE-A-2022-14210.pdf>
4. Comité de Lactancia Materna de la Asociación Española de Pediatría. Lactancia materna en cifras: tasas de inicio y duración de la lactancia en España y en otros países. Madrid: Asociación Española de pediatría [Internet]. 2017 [citado el 20 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.aeped.es/sites/default/files/documentos/201602-lactancia-materna-cifras.pdf>
5. Zitkute V, Snieckuviene V, Zakareviciene J, Pestenyte A, Jakaite V, Ramasauskaite D. Reasons for Breastfeeding Cessation in the First Year after Childbirth in Lithuania: A Prospective Cohort Study. *Medicina* [Internet] 2020 [citado el 30 de noviembre de 2022]; 56 (5): 226. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/medicina56050226>
6. Beggs B, Koshy L, Neiterman E. Women's Perceptions and Experiences of Breastfeeding: a scoping view of the literatura. *BMC Public Health* [Internet]. 26 de noviembre de 2021 [citado el 30 de noviembre de 2022]; 21: 2169. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12889-021-12216-3>
7. Lechosa-Muñiz C, Paz-Zulueta M, Cayón J, Llorca J, Cabero-Pérez MJ. Declared Reasons for Cessation of Breastfeeding during the First Year of Life: An Analysis Based on a Cohort Study in Northern Spain. *International Journal of Environmental Research and Public Health* [Internet]. 9 de agosto de 2021 [citado el 30 de noviembre de 2022]; 18: 8414. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph18168414>

8. Encuesta Nacional de Salud 2017. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Gobierno de España [Internet]. Junio de 2018. [citado el 17 de septiembre de 2022]. Disponible en:
https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE17_pres_web.pdf
9. Moraes B, Calvalho A, Rodrigues JK, Geremias H. Factors associated with the interruption of exclusive breastfeeding in infants up to 30 days old. *Revista Gaúcha de Enfermagem* [Internet]. 2016 [citado el 4 de diciembre de 2022]; (37 spe): e20160044. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.2016-0044>
10. López B, Martínez L, Zapata N. Motivos del abandono temprano de la lactancia materna exclusiva: un problema de salud pública no resuelto en la ciudad de Medellín. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública* [Internet]. Marzo 2013 [citado el 19 de septiembre de 2022]; 31 (1): 117-126. Disponible en:
<http://www.scielo.org.co/pdf/rfnsp/v31n1/v31n1a14.pdf>
11. Page M, Mckenzie J, Bossuyt P, Boutron I, Hoffmann T, Mulrow C, *et al.* Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Revista Española de Cardiología* [Internet]. 2021 [citado el 24 de noviembre de 2022]; 74 (9) 790-799. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0300893221002748>
12. University of Melbourne. Systematic Reviews - Library Guides at University of Melbourne [Internet]. 2021 [citado el 9 de noviembre de 2022]. Disponible en: <https://unimelb.libguides.com/c.php?g=492361&p=3368110>
13. Rosada Y, Delgado W, Yoanis M, Figueredo LI, Barrios A. Factores de riesgo que influyen en el abandono de la Lactancia Materna. 2017-2018. *Multimed* [Internet]. Diciembre de 2019 [citado el 30 de diciembre de 2022]; 23 (6): 1278-93. Disponible en:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182019000601278&lng=es.
14. Claesson IM, Larsson L, Steen L, Alehagen S. "Solo necesitas salir de la habitación cuando amamanta" Experiencias de lactancia materna entre mujeres obesas en Suecia: un estudio cualitativo. *BMC Embarazo Parto* [Internet]. 2018 [citado el 3 de enero de 2023]; 18 (1): 1-10. Disponible en: <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1656-2>
15. Francis J, Mildon A, Stewart S, Underhill B, Tarasuk V, Di Ruggiero E, *et al.* Vulnerable mothers' experiences breastfeeding with an enhanced community lactation support program. *Maternal & Child Nutrition* [Internet]. 2020 [citado el 4 de febrero de 2023]; 16 (3): 16. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/mcn.12957>
16. López A, Santos N, Ramos Y, García M, Artola C, Arara I. Prevalencia y determinantes de la lactancia materna: estudio de Zorrotzaure. *Nutrición hospitalaria* [Internet]. Febrero de 2021 [citado el 3 de enero de 2023]; 38 (1): 50-59. Disponible en:
<https://dx.doi.org/10.20960/nh.03329>.
17. Real Decreto-ley 6/2019, de 1 de marzo, de medidas urgentes para garantía de la igualdad de trato y de oportunidades entre mujeres y hombres en el empleo y la ocupación. (Boletín Oficial del Estado, número 57, de 7 de marzo de 2019).

18. Campos M, Franklin K, Carvalho F, Queiroz A, Amaral RM, Faisal A, et al. Determinants of the exclusive breastfeeding abandonment: psychosocial factors. *Revista de Saúde Pública* [Internet]. 2014 [citado el 4 de enero de 2023]; 48 (6): 985-94. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/55dRNGkwmQdRsJvrqnrBJpw/?lang=en#>
19. Vila R, Soriano FJ, Murillo M, Pérez M, Castro E. Mantenimiento de la lactancia materna exclusiva a los 3 meses posparto: experiencia en un departamento de salud de la Comunidad Valenciana. *Atención Primaria* [Internet]. 2019 [citado el 4 de enero de 2023]; 51 (2), 91-98. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6837006/>
20. Odom E, Li R, Scanlon KS, Perrine CG, Grummer-Strawn, L. Reasons for earlier than desired cessation of breastfeeding. *Pediatrics* [Internet]. Marzo de 2013 [citado el 4 de enero de 2023]; 131 (3): 726-732. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4861949/>
21. Xavier L, dos Santos S, de Souza DP, Pererira GK, Campos I, Ferrerira MA. Fatores que influenciam na interrupção do aleitamento materno exclusivo em nutrizes. *Revista Gaúcha de Enfermagem* [Internet]. 2015 [citado el 4 de enero de 2023]; 36: 127-34. Disponible en: <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56676>.
22. Alvarenga S, Silveira D, Marabotti F, Gomes MA, Zandonade E, Canicali C. Fatores que influenciam o desmame precoce. *Aquichan* [Internet]. Enero de 2017 [citado el 3 de enero de 2023]; 17 (1): 93-103. Disponible en: <https://doi.org/10.5294/aqui.2017.17.1.9>.
23. Spencer B, Wambach K, Domain EW. African American women's breastfeeding experiences: cultural, personal, and political voices. *Qualitative Health Research* [Internet]. 2015 [citado el 4 de febrero de 2023]; 25 (7): 974-87. Disponible en: <https://doi.org/10.1177/1049732314554097>

Investigación de las tesis doctorales de Enfermería relacionadas con el deterioro de la integridad cutánea en España

Javier, Sánchez-Gálvez¹ (RN, MSc); Francisco, Mateo-Ramírez² (PhD); María, Sobrido-Prieto³ (PhD); Santiago, Martínez-Isasi^{4,5,6} (RN, PhD); Daniel, Fernández-García⁷ (RN, PhD).

1. Programa de doctorado en salud, discapacidad, dependencia y bienestar. Universidad de León. León. España
2. Facultad de Enfermería. UCAM Universidad Católica de Murcia. Murcia. España
3. Departamento de Ciencias de la Salud, Universidad de La Coruña, La Coruña. España
4. Facultad de Enfermería. Universidade de Santiago de Compostela. Santiago de Compostela. España.
5. CLINURSID Research Group, Psychiatry, Radiology, Public Health, Nursing and Medicine Department, Universidade de Santiago de Compostela, Santiago de Compostela, España.
6. Simulation and Intensive Care Unit of Santiago (SICRUS) Reseach Group, Health Research Institute of Santiago, University Hospital of Santiago de Compostela-CHUS, Santiago de Compostela, España.
7. Departamento de Enfermería y Fisioterapia. Universidad de León. León. España. Grupo Enfermero de Investigación en Salud- GREIS, Departamento de Enfermería y Fisioterapia, Hospital Universitario de León, Universidad de León, León, España.

Correspondencia: javier.sg.ct@gmail.com

Manuscrito recibido: 28/07/2023

Manuscrito aceptado: 24/10/2023

Cómo citar este documento

Sánchez-Gálvez J., Mateo-Ramírez F., Sobrido-Prieto M., Martínez-Isasi S., Fernández-García D. Investigación de las tesis doctorales de Enfermería relacionadas con el deterioro de la integridad de la cutánea en España. *Quantitative and Qualitative Community Research RqR*. 2023 Nov; 11 (2): 50-64.

Original

RESUMEN

Objetivo: El objetivo de este estudio fue evaluar la producción científica doctoral de enfermería relacionada con el deterioro de la integridad de la piel, analizando la temática y los tipos de lesiones en las que se centran.

Metodología: Estudio descriptivo, observacional, retrospectivo. Se realizó una búsqueda en la Base de datos de Tesis Doctorales del Ministerio de Universidades de España con las palabras clave "Úlcera", "Herida", "Pie diabético", "Ostomía", "Quemaduras", "Quemadura", "Quemado" y "Deterioro de la integridad cutánea". Se desarrolló una revisión por pares para la selección de tesis y la extracción de datos, siguiendo los criterios de elegibilidad.

Resultados: Se seleccionaron 159 tesis, 56 de ellas realizadas por enfermeras. Se determinó que la mayor parte de las tesis analizadas (54%) se realizaron entre los cursos 2013-2014 y 2021-2022 y que el 47,6% de las mismas eran tesis realizadas por enfermeras. Según el tipo de lesión las tesis analizadas comprendieron por orden de frecuencia úlceras por presión (57,1%), úlceras vasculares (10,7%), ostomías (3,6%), úlceras de pie diabético (3,6%), quemaduras (1,8%) y heridas quirúrgicas (1,8%)

Conclusión: Se observa que las tesis doctorales de Enfermería se centran sobre todo en úlceras por presión y son en su mayoría de tipo descriptivo (prevención, la incidencia, la calidad de vida, la medición del nivel de conocimientos y la determinación de la carga asistencial).

Palabras clave

Enfermería, Heridas y lesiones, Curación de heridas, Tesis Académica.

Investigation of the Nursing Theses Related to impaired skin integrity in Spain

Abstract:

Aim: The aim of this study is to evaluate the doctoral scientific production of Nursing in relation to impaired skin integrity, analyzing the subject matter and the types of lesions on which they focus.

Methods: Descriptive, observational, retrospective study. A search was performed in the Database of Doctoral Theses of the Spanish Ministry of Universities with the keywords "Ulcer", "Wound", "Diabetic foot", "Ostomy", "Burns", "Burn", "Burned" and "Deterioration of skin integrity". A peer review was developed for thesis selection and data extraction, following the eligibility criteria.

Results: 159 theses were selected, 56 of them by nurses. It was determined that most of the theses analyzed (54%) were performed between the academic years 2013-2014 and 2021-2022 and 47.6% of them were nurse theses. By type of injury 57.1% were pressure ulcers, 10.7% were vascular ulcers, 3.6% were ostomies, another 3.6% were diabetic foot ulcers, 1.8% were burns and 1.8% were surgical wounds.

Conclusion: It is observed that Nursing doctoral theses focus mainly on pressure ulcers and are mostly descriptive (prevention, incidence, quality of life, measurement of the level of knowledge and determination of the burden of care).

Keywords

Nursing, Wounds and injuries, Wound healing, Academic Dissertation.

Introducción

La incorporación de España al Espacio Europeo de Educación Superior (EEES) supuso un cambio de paradigma en los estudios universitarios; en el caso del Graduado en Enfermería, se aprecian cambios como la duración de los estudios de 3 a 4 años, el aumento a 240 ECTS (European Credit Transfer and Accumulation System), la diferencia de denominación de Diplomado Universitario a Graduado y la posibilidad de realizar un Máster(1).

La aprobación, el 26 de octubre de 2007, del Real Decreto de Ordenación de Enseñanzas Universitarias oficiales, define en España la estructura de tres niveles, Grado, Máster y Doctorado, capacitando al profesional de la Enfermería a desarrollarse en Másteres Oficiales y, por ende, a realizar investigaciones superiores en aras de conseguir un título de Doctor(2)

Hasta 2010, la única forma de acceso a los estudios de doctorado para un diplomado en Enfermería pasaba por obtener el título de licenciado cursando estudios de segundo ciclo (Antropología social y cultural o Biblioteconomía y Documentación), pero a partir de ese año se elimina este techo de cristal, empezando a desarrollarse las primeras tesis doctorales porpiamente enfermeras (3)

La curación de heridas y la Enfermería

La curación de heridas es una de las competencias profesionales de las enfermeras europeas(4). Las enfermeras son responsables de evaluar la herida, realizar la limpieza mecánica y la irrigación, y aplicar la cobertura adecuada a la lesión(5). En este contexto, se espera que las enfermeras tengan amplios conocimientos sobre el

cuidado de heridas y que produzcan nuevas soluciones basadas en la evidencia con base científica para aumentar estos conocimientos, proporcionando cuidados de la mejor calidad posible a los pacientes con heridas(6). A su vez, tienen parte de responsabilidad civil/penal en el diagnóstico, tratamiento y prevención de las heridas(7). En España, implica una prevalencia de un 11,61%, en las lesiones por presión y las asociadas a la dependencia, tan sólo en pacientes hospitalizados(8,9).

Existe una amplia variabilidad en la formación de los profesionales en la materia(10-12). En la formación pregrado los alumnos reciben en España una formación entre 1 y 2 ECTS(13), situación deficiente que se repite a su vez en otros países europeos(14,15), sin alcanzar el 2% del total propuesto por la European Wound Management Association (EWMA) (16), lejos de los 6 ECTS que indican otros autores(17).

Se han realizado numerosos estudios sobre la evaluación de la producción científica enfermera(18-21), pero ninguno que aborde la producción de tesis doctorales enfermeras en relación a las heridas en España.

El objetivo general de este estudio ha sido evaluar la producción científica doctoral relacionada con el deterioro de la integridad cutánea. Además, se han determinado las temáticas abordadas, tipos de lesiones cutáneas y titulación de acceso al doctorado.

Metodología

Se realizó un estudio descriptivo, observacional, retrospectivo sobre la producción científica doctoral relacionada con el deterioro de la integridad cutánea en España.

Criterios de elegibilidad

Como principal criterio de inclusión en el estudio, se aceptaron las tesis doctorales que hacen relación a lesiones directamente relacionadas con la piel.

Cualquier tesis relacionada con úlceras o lesiones que no afecten a la piel quedó excluida.

La búsqueda se realizó durante el mes de febrero de 2023 y abarcó tesis doctorales publicadas desde el curso académico 1978/1979 hasta el 2021/2022.

Fuentes de información

Se centró la búsqueda en la fuente de información institucional TESEO (Base de datos de Tesis Doctorales del Ministerio de Universidades de España).

Estrategia de búsqueda

Las palabras clave seleccionadas a través de los Tesoros DECS/MESH fueron: "Úlcera", "Herida", "Pie diabético", "Ostomía", "Quemaduras". Y como vocabulario no controlado: "Quemadura", "Quemado" y "Deterioro de la integridad cutánea".

La búsqueda se realizó de manera individual para cada término en castellano, catalán, gallego e inglés.

Proceso de selección

- Método selección

Se realizó la lectura por título de las tesis, seleccionando las que hacían referencia a úlceras, heridas, lesiones, terapias, intervenciones o investigaciones relacionadas con la piel. Se procedió a la lectura del resumen de las tesis seleccionadas. Los datos se obtuvieron evaluando las características de las tesis relacionadas con el cuidado de heridas. Los datos se recogieron mediante un formulario de 7 puntos

estructurado por los investigadores que consta de elementos como el sexo del autor, la titulación de acceso al programa de Doctorado, la Facultad a la que pertenece el programa de doctorado, la Universidad, el año de defensa de la tesis, el tipo de herida a estudio y temática del estudio.

Debido a la necesidad de comprobar la producción científica de enfermería para este estudio, se realizó la búsqueda del autor para poder conocer la titulación académica que dio acceso a los estudios de doctorado en las tesis realizadas a través de un programa de doctorado no perteneciente a una Facultad de Enfermería.

- Revisores

Se llevó a cabo una revisión por pares para la selección de tesis y la extracción de datos, siguiendo los criterios de elegibilidad. Los casos de desacuerdo se resolvieron por consenso entre los dos revisores.

- Evaluación de la calidad

No se realizó evaluación de la calidad de las tesis analizadas en este estudio al ser la materia de estudio la temática de las mismas. Resultaría interesante evaluarla de cara a futuros estudios.

- Análisis y Tratamiento de los datos

Los datos extraídos de los resúmenes de las tesis doctorales presentes en TESEO se codificaron y analizaron a través del programa Microsoft Excel® 2021. Los resultados se presentaron en forma de tablas y gráficos, ofreciendo valores totales y porcentuales por universidad y titulación.

- Consideraciones éticas

No ha habido aspectos éticos a considerar en este estudio ya que el acceso a los datos del mismo se ha realizado a tra-

vés del repositorio TESEO que almacena el fichero central de las tesis doctorales de las universidades españolas.

Resultados

Características de las tesis seleccionadas

En la Figura 1 se representa las tesis doctorales seleccionadas para esta revisión. Inicialmente se recuperaron 482 tesis que tras la exclusión de las duplicadas y después de la lectura de título y resumen quedaron en 159, de las que 56 fueron realizadas por titulados en Enfermería siendo 30 por mujeres (53,57%).

Del total de tesis analizadas, el 54% fueron realizadas entre los cursos 2013-2014 y 2021-2022, siendo el 47,6% de las mismas defendidas por enfermeras (Figura 2). De estas tesis doctorales, el 46,4% se publicó durante 2016 y 2017, suponiendo éstas un 8,9% durante el curso 2021-2022.

Las universidades en las que se han realizado mayor número de tesis doctorales

relacionadas con las heridas fueron la Universidad Complutense de Madrid (8,9%), la Universidad de Alicante (8,3%) y la Universidad Autónoma de Barcelona (7,7%).

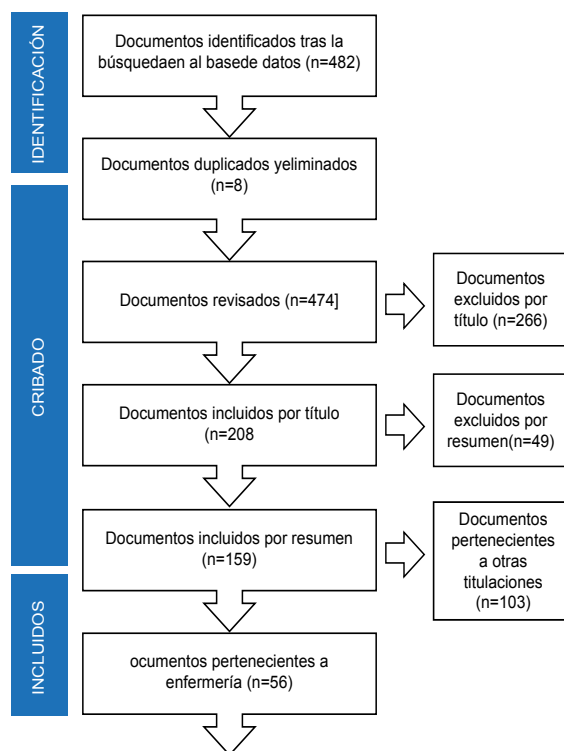


Figura 1. Selección de estudios y proceso de inclusión

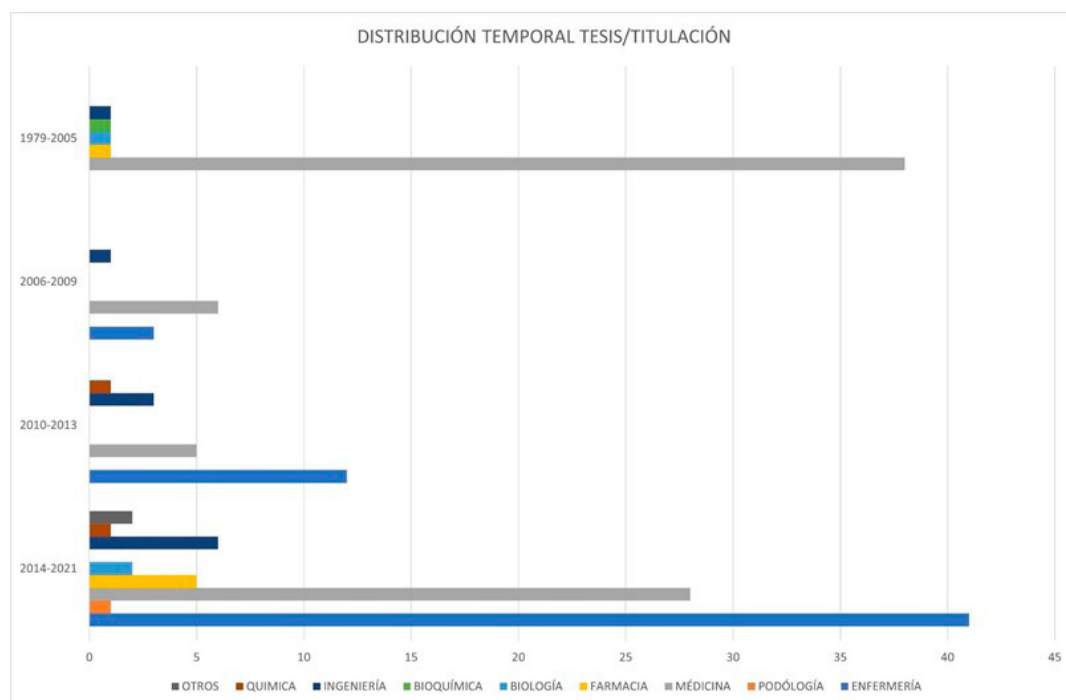


Figura 2. Distribución temporal de tesis sobre heridas por titulación

En el caso de las tesis con autoría enfermera, las universidades con mayor número de producción fueron la Universidad de Alicante (23,2%), la Universidad de Málaga

(12,5%), la Universidad Complutense de Madrid (7,1%), la Universidad de A Coruña (7,1%) y la Universidad de Jaén (7,1%). (Tabla 1).

Tabla 1. Comparativa de tesis sobre heridas por universidades

UNIVERSIDAD	TESIS TOTALES	TESIS ENFERMERÍA
Universidad Complutense de Madrid	14	4
Universidad de Alicante	13	13
Universidad Autónoma de Barcelona	12	0
Universidad de Málaga	8	7
Universidad de Sevilla	8	3
Universidad de Alcalá	8	1
Universidad Autónoma de Madrid	7	0
Universidad de Murcia	6	1
Universitat de València	6	1
Universidad Politécnica de Catalunya	6	0
Universidad de Barcelona	5	0
Universidad del País Vasco	5	0
Universidad de A Coruña	4	4
Universidad de Jaén	4	4
Universidad de Las Palmas de Gran Canaria	4	3
Universidad de Granada	4	2
Universidad de Santiago de Compostela	4	1
Universidad Católica de Valencia San Vicente Mártir	3	2
Universidad de Castilla-La Mancha	3	2
Universidad de Oviedo	3	0
Universidad de Salamanca	3	0
Universidad de Valladolid	3	0
Universidad de Zaragoza	3	0
Universidad Rovira i Virgili	2	2
Universidad de Cantabria	2	1
Universidad de Cádiz	2	0
Universidad Rey Juan Carlos	2	0
Universidad de Almería	1	1
Universidad de León	1	1
Universidad de Lleida	1	1
Universidad de Vic-Universidad Central de Catalunya	1	1
Universidad Europea de Madrid	1	1
Universidad Carlos III de Madrid	1	0
Universidad de Burgos	1	0
Universidad de Extremadura	1	0
Universidad de Girona	1	0
Universidad de Granada	1	0
Universidad de las Illes Balears	1	0
Universidad de Navarra	1	0
Universidad Jaume I de Castellón	1	0

Temática de las tesis incluidas

Las tesis examinadas abordaban diferentes temáticas relacionadas con el deterioro de la piel. Al realizar una distribución de las tesis seleccionadas por materia y tipo de herida se puede observar cómo las úlceras por presión y las heridas quirúrgicas fueron los temas más estudiados con un 23,3% y 22% de frecuencia respectivamente. Con menor frecuencia se encontraron las úlceras vasculares (7,5%), úlceras del pie diabético (6,9%), quemaduras (6,9%) y ostomías (2,5%).

Además, se encontraron otras temáticas como modelos experimentales in vitro y tratamientos biológicos aplicados a las heridas (15,7%). Un 6,3% se centraban en heridas complejas, sin especificar el tipo. Otras tesis versaban sobre el desarrollo de apósitos, polímeros y productos para el tratamiento de heridas, y un 4,4% se centraban en la gestión, evaluación de

la calidad y de la formación en relación al deterioro de la piel.

Las enfermeras que realizaron investigaciones doctorales estudiaron la eficacia de diferentes materias en distintos tipos de heridas. Cuando se examinó la distribución de las tesis por tipo de herida, se observó cómo el 57,1% eran úlceras por presión, el 10,7% eran úlceras vasculares, el 3,6% eran ostomías, otro 3,6% eran úlceras de pie diabético. Un 1,8% eran quemaduras y un 1,8% heridas quirúrgicas. Las tesis respecto a modelos experimentales in vitro y tratamientos biológicos aplicados a las heridas, las centradas en heridas complejas y las que trataban sobre la gestión, evaluación de la calidad y de la formación en relación al deterioro de la piel supusieron un 7,1% de las mismas cada una. (Figura 3).

Respecto a las tesis doctorales enfermeras que giraban alrededor de las úlceras por presión, el 18,8% se centraba en tratamientos novedosos o experimentales

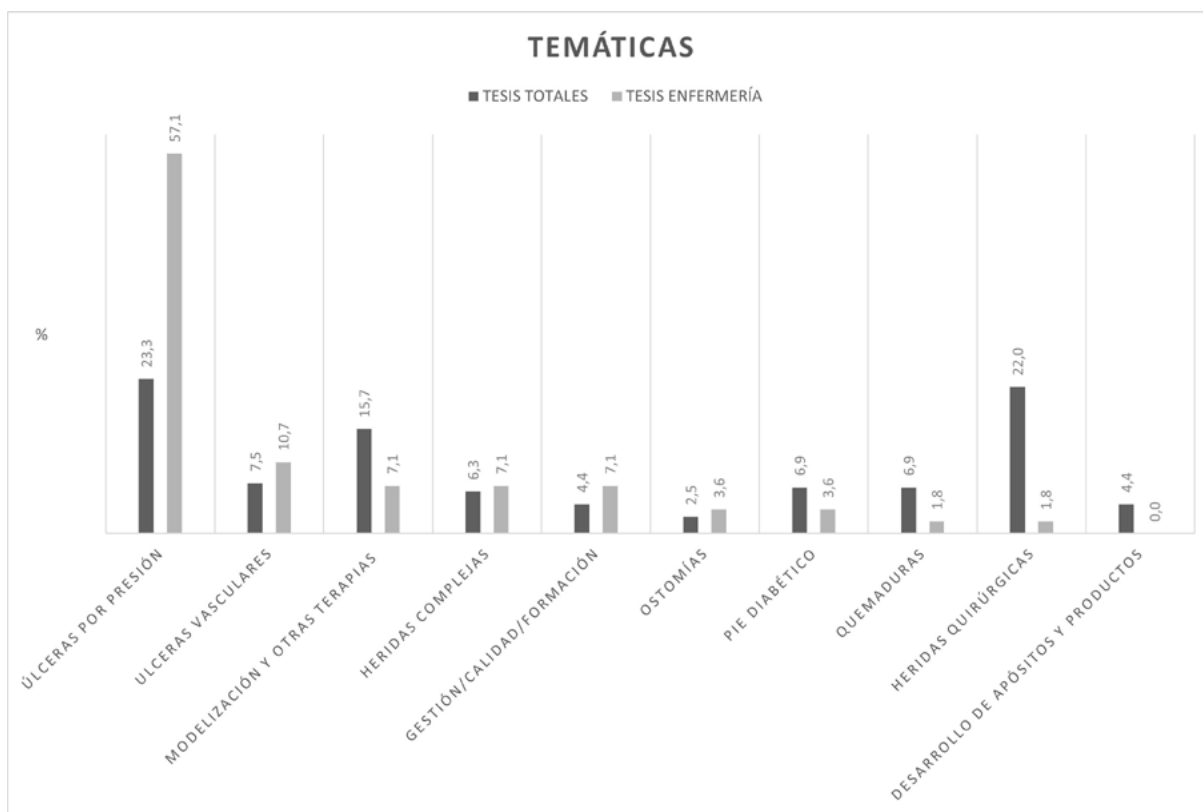


Figura 3. Distribución temática de tesis sobre heridas.

para favorecer la curación de las mismas, un 15% abordaba la prevención de estas lesiones. Encontramos un 12,5% de estudios de prevalencia y un 12,5% que buscaba implementar mejoras en los cuidados a los pacientes con úlceras por presión. Un 12,5% presentaba un enfoque metodológico de las mismas, así como otro 12,5% se centraba en los conocimientos de los profesionales frente a esta patología. Un 9,4% versaba sobre la gestión de recursos para el tratamiento de estas heridas, mientras que tan solo un 6,3% se ocupó en la calidad de vida del paciente con úlceras por presión.

No se encontró ninguna tesis enfermera centrada en el desarrollo de apósitos, polímeros y productos para el tratamiento de heridas.

Discusión

Este estudio supone el primer análisis nacional de la producción científica doctoral de Enfermería relacionada con el deterioro de la integridad de la piel. Previamente se había realizado análisis sobre la producción científica en heridas en diferentes revistas especializadas(19,22,23), así como estudios sobre la producción de tesis doctorales de enfermería en Portugal (24).

Desde que George Winter en 1962 demostró experimentalmente que las lesiones cutáneas cubiertas por una lámina de película impermeable curaban dos veces más rápidamente que las expuestas al aire, suponiendo un cambio conceptual en la curación de heridas pasando de la cura seca a la cura húmeda, el mundo de la curación de heridas ha evolucionado enormemente apareciendo nuevos conceptos como el de *cura en ambiente húmedo, cuidados del lecho de la herida y gestión del exudado*(25).

En nuestro estudio se determinó que el 46,4% de las tesis doctorales sobre heridas realizadas por enfermeras se publicaron entre 2016 y 2017. Este hecho se puede relacionar con el acceso a doctorado para enfermería, disponible desde la entrada en vigor del del Real Decreto de Ordenación de Enseñanzas Universitarias oficiales que se hizo efectivo con carácter general en 2010. Los diplomados en Enfermería pudieron acceder a cursos de adaptación al Grado, sumado a los títulos de Máster oficial que podían tener previamente o realizar una vez graduados, permitiéndoles el acceso al doctorado.

La creación de Programas de Doctorado específicos para Enfermería, así como el desarrollo de grupos de investigación con liderazgo enfermero, es un indicador positivo de la investigación enfermera en nuestro país, aunque las líneas especializadas en heridas y curación de heridas no estén presentes en todas las universidades (26). Las universidades con más tesis enfermeras sobre heridas tienen líneas de investigación que permiten centrarse en la temática, como es el caso de "Prevención y tratamiento de heridas: epidemiología, atención integral y organización de la asistencia sanitaria" en la Universidad de Alicante. (27)

Al analizar los tipos de heridas sobre las que realizan tesis doctorales enfermería, se observa cómo el 57% de las mismas se relacionaban con las úlceras por presión. La principal hipótesis que sustenta este porcentaje puede guardar relación con la incidencia tan alta de lesiones por presión y asociadas a la dependencia que existía en nuestro país hasta que, principalmente a través de asociaciones científicas, se comenzaron a realizar estudios y campañas para implantar unos cuidados de las personas con úlceras por presión basados en la evidencia científica y a promover la prevención de las mismas (28,29).

Los principales temas con las que se vinculan estas tesis sobre úlceras por presión son los tratamientos novedosos o experimentales para su abordaje y la prevención, pilar básico para disminuir la incidencia de estas (30). La evaluación de los conocimientos de los profesionales sobre la materia también ocupa un lugar importante, la variabilidad en la formación de los mismos crea deficiencias que repercuten directamente en la atención al paciente con este y otros tipos de lesiones de la piel (31). La calidad de vida del paciente con úlceras por presión ocupa el último lugar, pero manifiesta la importancia del mismo al encontrar tesis doctorales centradas en ese tema, la aplicación de escalas validadas para valorar la calidad de vida y prestar cuidados de calidad a las personas con heridas es un factor a tener en cuenta en cada asistencia a una persona con heridas crónicas (32,33).

Del total de estudios, un 20,1% centran su investigación en infección o heridas infectadas, pero esta cifra desciende a tan solo un 3,6% de las tesis defendidas por enfermeras. La importancia del diagnóstico precoz, valoración y tratamiento adecuado de la infección en las heridas cutáneas resulta fundamental, ya que las infecciones de las heridas prolongan la respuesta inflamatoria y detienen o revierten el proceso de cicatrización, con la repercusión en el paciente, profesionales sanitarios, sistemas de salud y la sociedad (34). Debido a las creciente resistencia y tolerancia de los patógenos resistentes a los antibióticos, el desarrollo de la investigación sobre heridas e infección para mejorar las técnicas diagnósticas y el tratamiento a las personas con heridas infectadas es una necesidad para nuestra sociedad (35).

Ninguna tesis elaborada por Enfermería se centra en el desarrollo de apósitos, polímeros y productos para el tratamiento

de heridas. Hemos podido observar que la investigación doctoral en estas áreas se centra principalmente en Farmacia e Ingeniería. La implicación de las enfermeras en este tipo de investigaciones aportaría el conocimiento que relacionado con los cuidados directos al paciente. Su presencia y liderazgo podría facilitar la investigación traslacional que permita la aplicabilidad clínica de los apósitos y productos desarrollados para resolver necesidades reales en el cuidado del paciente con heridas.

Aunque la investigación es una función ineludible del profesional de Enfermería, esta resulta poco valorada a nivel de las instituciones de salud y poco exigida para el desarrollo de la práctica asistencial (36). Las investigaciones realizadas suelen tener difusión a nivel de congresos, o eventos científicos propios del sector, la publicación en revistas científicas de los resultados de investigación no se realiza con tanta frecuencia, limitando la repercusión de los resultados al contexto laboral cercano (37). Existen varias dificultades al consumo de ciencia por parte de los profesionales asistenciales de enfermería, como la carga de trabajo, el lenguaje empleado, la presentación de los datos, la interpretación estadística y la resistencia al cambio (38). Una fuerte relación entre la investigación y la práctica se traduce en mejorar el cuidado brindado a los pacientes, en el fortalecimiento del desarrollo de la profesión y en la percepción pública de enfermería(36).

Durante los cursos 2020/21 y 2021/22 se aprecia un aumento de la defensa de tesis doctorales de enfermeras sobre heridas, esto indica un aumento de la producción científica doctoral de enfermería, con la esperanza de romper la tendencia antes descrita.

Futuras investigaciones podrían reflejar el estado total de la producción doctoral de enfermería en nuestro país. El desarrollo de tesis doctorales basadas en estudios

aleatorizados, controlados, experimentales y cualitativos sobre el cuidado de heridas resulta una necesidad para hacer crecer el conocimiento en esta área. Las enfermeras deberían estar implicados en el desarrollo de productos para tratar personas con heridas de manera interdisciplinar.

Limitaciones

TESEO no ofrece información sobre la perspectiva de género de los autores, por lo que la clasificación por sexos se realiza atendiendo al nombre del autor, lo cual puede suponer una asunción errónea. Existe la posibilidad de que alguna tesis haya quedado fuera de la búsqueda por las palabras clave empleadas, como pueden ser las lesiones radio inducidas, tumorales y otras patologías ulcerosas.

Conclusiones

Tras analizar la producción científica doctoral de enfermería relacionada con el deterioro de la integridad de la piel en España, se determinó que las tesis doctorales de enfermería se centran sobre todo

en úlceras por presión y son en su mayoría descriptivas, como las relacionadas con la incidencia, prevención, calidad de vida, medición del nivel de conocimientos y la determinación de la carga asistencial. Los estudios de carácter experimental, *in vitro* e *in vivo*, sobre el cuidado de heridas corresponde con un 30% de las tesis publicadas.

Se evidencia la producción científica doctoral enfermera sobre deterioro de la integridad cutánea y se aprecia la necesidad de potenciar la misma para prestar cuidados de calidad a las personas con heridas. La apertura de líneas de investigación específicas en las universidades facilitaría esta labor.

Se cree que nuestro estudio proporcionará información sobre el estado actual de las tesis sobre el cuidado y la cicatrización de heridas, que es una de las áreas de responsabilidad de la enfermería. Además, se espera que este estudio oriente futuros estudios que permitan actualizar la formación universitaria para satisfacer esta necesidad de conocimientos que repercute directamente en la calidad de vida de las personas con heridas en España.

Referencias

1. Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y la Acreditación. Libro Blanco de la ANECA para Enfermería. 2005.
2. Ministerio de Universidades. Real Decreto 822/2021, de 28 de septiembre, por el que se establece la organización de las enseñanzas universitarias y del procedimiento de aseguramiento de su calidad. BOE-A-2021-15781 [Internet]. 2021 [citado 2 de mayo de 2023]. Disponible en:
<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2021-15781>
3. Romero G. 1977-2017: 40 años de Enfermería en la universidad - Noticias de enfermería y salud [Internet]. 2017 [citado 6 de junio de 2023]. Disponible en:
<https://diarioenfermero.es/1917-2017-40-anos-de-enfermeria-en-la-universidad/>
4. Ministerio de Sanidad. Resolución de 20 de octubre de 2020, de la Dirección General de Salud Pública, por la que se valida la Guía para la indicación, uso y autorización de dispensación de medicamentos sujetos a prescripción médica por parte de las/os enfermeras/os: Heridas. BOE-A-2020-13190 [Internet]. 2020 [citado 2 de mayo de 2023]. Disponible en:
https://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2022-11945
5. García-Fernández FP, Soldevilla-Agreda JJ, Torra-Bou JE, editores. Atención Integral de las Heridas Crónicas [Internet]. 2.ª ed. Vol. 2. Logroño: GNEAUPP-FSJJ; 2016. 447-460 p. Disponible en:
<https://gneaupp.info/atencion-integral-de-las-heridas-cronicas-2a-edicion/>
6. Kielo E, Suhonen R, Salminen L, Stolt M. Competence areas for registered nurses and podiatrists in chronic wound care, and their role in wound care practice. J Clin Nurs. 2019;28(21-22):4021-34.
7. Soldevilla Agreda JJ, Navarro Rodríguez S. Legal aspects related to pressure ulcers. Gerokomos. 2006;17(4).
8. PANCORBO-HIDALGO PL, GARCIA-FERNANDEZ FP, PEREZ-LOPEZ C, SOLDEVILLA AGREDA JJ. Prevalence of pressure injuries and other dependence-related skin lesions in adult patients admitted to Spanish hospitals: the fifth national study in 2017. Gerokomos [Internet]. 2019;30(2):76-86. Disponible en:
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2019000200076&lng=es.
9. Rumbo-Prieto JM. Evolution and developments in the prevalence of pressure ulcers and other dependence-related skin lesions. ENFERMERÍA DERMATOLÓGICA [Internet]. 30 de agosto de 2019 [citado 6 de junio de 2023];13(37):7-10. Disponible en:
<https://enfermeriadermatologica.org/index.php/anedidic/article/view/1>
10. Prieto Martín V, Pesado Cartelle JÁ, Delgado Fernández R. Degree of knowledge of Nursing in Primary Health Care on the cure in wet environment. Enfermería Dermatológica, ISSN-e 2386-4818, ISSN 1888-3109, año 7, N° 20, 2013, págs 43-52 [Internet]. 2013 [citado 6 de junio de 2023];7(20):43-52. Disponible en:
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4790448&info=resumen&idioma=ENG>

11. Hinojosa-Caballero D. Professional's knowledge of the department of urgencies on the prevention and treatment of pressure ulcers. *Gerokomos*. diciembre de 2012;23(4):178-84.
12. Martínez-Santos AE, Tizón Bouza E, Pesado Cartelle JÁ, Martínez-Santos AE, Tizón Bouza E, Pesado Cartelle JÁ. Nursing knowledge about prevention, diagnosis and care of lower extremity ulcers in a Health Area. *Gerokomos* [Internet]. 2019 [citado 6 de junio de 2023];30(1):34-41. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2019000100034&lng=es&nrm=iso&tlng=es
13. Tobajas-Señor EM, Lozano Del Hoyo Mª L, Armalé Casado Mª J, Brocate San Juan M, Moreno Fraile R, Martes López C, et al. Current training on chronic wounds in the Nursing degree programs in the Spanish universities. *Gerokomos* [Internet]. 2017 [citado 6 de junio de 2023];28(1):38-41. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2017000100008&lng=es&nrm=iso&tlng=es
14. Wilborn D, Halfens RJ, Dassen T. Evidence-Based Education and Nursing Pressure Ulcer Prevention Textbooks: Does It Match? *Worldviews Evid Based Nurs*. septiembre de 2009;6(3):167-72.
15. Ousey K, Stephenson J, Cook L, Kinsey L, Batt S. Final year student nurses' experiences of wound care: an evaluation. *Br J Community Nurs*. marzo de 2013;18(Sup3):S7-16.
16. Lindahl E, Holloway S, Bobbink P, Gryson L, Pokorná A, Ousey K. Wound curriculum for student nurses: - European Qualification Framework Level 4. *Journal of Wound Management Official journal of the European Wound Management Association* [Internet]. 1 de diciembre de 2021 [citado 2 de mayo de 2023];(October 2021). Disponible en: <https://viewer.ipaper.io/jowm/1035279;jowm202110/supp01/>
17. Soldevilla-Agreda JJ, Pancorbo-Hidalgo PL, Torra-Bou JE, Romero-Collado Á, Verdú-Soriano J, García-Fernández FP, et al. A course on care for people with skin lesions for the undergraduate nursing programme: competencies and proposed contents. *Gerokomos* [Internet]. 2022 [citado 6 de junio de 2023];33(1):33-7. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2022000100009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
18. Torra-Bou JE. Nursing research, scientific societies, scientific communication, evidence, impact, quartiles, accreditation, sexennia..., common sense, patient care, and a pleasant reason to celebrate... *Gerokomos* [Internet]. 2019 [citado 6 de junio de 2023];30(4):161-2. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2019000400161&lng=es&nrm=iso&tlng=es
19. Pancorbo-Hidalgo PL. Research about wounds. *Gerokomos* [Internet]. 2016 [citado 6 de junio de 2023];27(3):89-90. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2016000300001&lng=es&nrm=iso&tlng=es

20. Sürme Y. Investigation of the Nursing Theses Related to Wound Care in Turkey: A Systematic Review. *Erciyes Medical Journal*. 2020;43(3):221-7.
21. Paños IL, Antonio J, Oliván S. Scientific production in the nursing area in Web of Science. *Conocimiento Enfermero* [Internet]. 5 de noviembre de 2018 [citado 6 de junio de 2023];1(02):6-16. Disponible en: <https://www.conocimientoenfermero.es/index.php/ce/article/view/28>
22. Campos de Azevedo I, de Souza Costa RK, Ferreira Júnior MA. Profile of scientific production of national nursing on wounds. *Rev Cubana Enferm* [Internet]. 4 de mayo de 2018 [citado 6 de junio de 2023];34(1). Disponible en: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1440>
23. Brito KKG de, Sousa MJ, Sousa ATO de, Meneses LB, Oliveira SH dos S, Soares MJG. Chronic injuries: nursing approach in the post graduate scientific production. *Journal of Nursing UFPE*. 2013;7(2):414-21.
24. Baggio MA, Rodrigues MA, Erdmann AL, Figueiredo M do CAB, Vieira MM da S. Production of nursing thesis and dissertations in Portugal, 2000-2010: a bibliometric study. *Texto & Contexto - Enfermagem*. junio de 2014;23(2):250-60.
25. Schultz GS, Sibbald RG, Falanga V, Ayello EA, Dowsett C, Harding K, et al. Wound bed preparation: a systematic approach to wound management. *Wound Repair and Regeneration*. marzo de 2003;11(s1):S1-28.
26. Sánchez Jiménez R, Blázquez Ochando M, Montesi M, Botezan I. La producción de tesis doctorales en España (1995-2014): evolución, disciplinas, principales actores y comparación con la producción científica en WoS y Scopus. *Revista española de Documentación Científica*. 2017;40(4):188.
27. Universidad de Alicante. Programa de Doctorado en Ciencias de la Salud [Internet]. 2023 [citado 29 de septiembre de 2023]. Disponible en: <https://cvnet.cpd.ua.es/webcvnet/planestudio/planestudiond.aspx?plan=E013#>
28. Soldevilla Agreda JJ, Torra i Bou JE, Verdú Soriano J, López Casanova P. 3rd National Survey of the Prevalence of Pressure Ulcers in Spain, 2009. Epidemiology and defining variables in lesions and patients. *Gerokomos* [Internet]. 2011 [citado 6 de junio de 2023];22(2):77-90. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2011000200005&lng=es&nrm=iso&tlng=es
29. European Wound Management Association (EWMA). Position Document: Wound bed preparation in practice. London: MEP Ltd [Internet]. 2004 [citado 2 de mayo de 2023]; Disponible en: www.ewma.org
30. Verdú-Soriano J, Berenguer-Pérez M, Pérez-Muñoz M, López-Casanova P. Efectividad de los cambios posturales en la prevención de lesiones por presión en pacientes de atención primaria y domiciliaria. *Gerokomos* [Internet]. 2022;33(4):269-73. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2022000400012&lng=es&nrm=iso&tlng=pt

31. Torralbo JS. Influencia de la variabilidad clínica en la prevención y cuidados de las lesiones por presión: Revisión bibliográfica. *Parainfo Digital*. 2020;e3141-e3141.
32. Martín Muñoz B, Martín Muñoz B. Calidad de vida de las personas con úlceras por presión. Estudio cualitativo fenomenológico. *Index de Enfermería [Internet]*. 2018 [citado 25 de julio de 2023];27(4):206-10. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962018000300006&lng=es&nrm=iso&tlng=es
33. Vera Salmerón E, Mota Romero E, Domínguez Nogueira C, Rutherford C, Tudela Vázquez MP. Spanish translation and cross-cultural adaptation of the Pressure Ulcer Quality of Life Questionnaire (PU-QOL). *Rev Esp Salud Publica [Internet]*. abril de 2023;97:e202304032. Disponible en: <http://europepmc.org/abstract/MED/37114484>
34. International Wound Infection Institute (IWII). WOUND INFECTION IN CLINICAL PRACTICE Principles of best practice. *Wounds International [Internet]*. 2022 [citado 4 de mayo de 2023]; Disponible en: www.woundsinternational.com
35. Swanson T, Haesler E, Angel D, Sussman G. IWII wound infection in clinical practice consensus document 2016 update. *Wound Practice & Research: Journal of the Australian Wound Management Association [Internet]*. 1 de diciembre de 2016;24(4):194-8. Disponible en: <https://search.informit.org/doi/10.3316/informit.524628382971476>
36. Orellana Y A, Sanhueza A O. RESEARCH COMPETENCE IN NURSING. *Ciencia y enfermería*. 2011;17(2):9-17.
37. Santillán-García A, Meijome Sánchez XM, Mañez-Ortiz MÁ, Rodríguez-Álvaro M. Actividad científica enfermera y congresos: uso y abuso. *Index de enfermería digital*. 2019;e12476.
38. Hines S, Ramsbotham J, Coyer F. Registered Nurses' experiences of reading and using research for work and education: a qualitative research study. *BMC Nurs*. 2022;21(1):114.



**Enfermería
Comunitaria**