

Quantitative & Qualitative Community Nursing Research



SEAPA

Sociedad de Enfermería
Familiar y Comunitaria
de Asturias



Enfermería Comunitaria

Volume [12]

Number [2]

Diciembre 2024

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

**Quantitative & Qualitative
Community Nursing Research**

Volume 12, Number 2. Dicembre 2024

Índice

Quantitative & Qualitative Community Nursing Research

Volume 12, Number 2. Diciembre 2024

Editorial

Abordando las necesidades de los largos supervivientes de cáncer y sus familias: Una reflexión comunitaria..... 5

Cristina García Vivar. Profesora Titular. Universidad Pública de Navarra

Intervención RDM acupuntura intradérmica para los sofocos durante el período climatérico. Estudio piloto 11

Nieto-García, Esther; Cid-Expósito, Gema; Sevilla-Lorenzo, Raúl; Lea-Prudencio, Itziar; Domingo-Martin, Rafael; Pelaez-Martinez, Leticia

Satisfacción de los tutores de empresas sobre las prácticas en los estudiantes de ciencias de la salud: Un estudio transversal de tipo descriptivo 23

Escandell-Rico; Francisco Miguel; Pérez-Fernández, Lucia

Relación entre el apoyo social percibido y el control de la diabetes mellitus tipo 2..... 33

Gutiérrez Fueyo, Paola; Martínez García, Lis; Alonso Lorenzo, Julio César; Vicente Antón, María José; Martín Gil, Iván

Diagnósticos enfermeros psicosociales y grado de acuerdo de personas afectadas de Encefalomiелitis Miálgica/Síndrome de Fatiga Crónica: estudio descriptivo 47

Oter-Quintana, Cristina; Alameda-Cuesta, Almuden; Brito-Brito, Ruymán; Parro Moreno, Ana Isabel; Alcolea-Cosín, María Teresa; Esteban Hernández, Pedro Jesús

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

Eduarne 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

Cristina García Vivar

Profesora Titular. Universidad Pública de Navarra

Abordando las necesidades de los largos supervivientes de cáncer y sus familias: Una reflexión comunitaria

En Europa, más de 23 millones de personas han tenido un diagnóstico de cáncer. Según el estudio EURO CARE 6, que analiza la prevalencia del cáncer en Europa, se ha identificado que los largos supervivientes de cáncer, aquellos que han superado los cinco años tras su diagnóstico, constituyen una proporción creciente y predominante de la población de supervivientes.¹ Esta tendencia se espera que continúe en aumento, generando preocupación sobre la capacidad de los sistemas de salud para satisfacer las necesidades específicas de este grupo poblacional.

¿Qué se entiende por largo superviviente de cáncer?

Un largo superviviente de cáncer es una persona que está libre de la enfermedad durante más de cinco años tras su diagnóstico. Esta situación no implica la ausencia de efectos tardíos, ya que muchos supervivientes pueden seguir sufriendo secuelas físicas, psicológicas y sociales relacionadas con la enfermedad y sus tratamientos.² Además de los largos supervivientes de cáncer, los llamados "supervivientes secundarios", que son los familiares de los pacientes, también enfrentan necesidades específicas que no pueden ser ignoradas. Sin duda, las distintas etapas del cáncer

generan un impacto profundo no solo en el paciente, sino también en su núcleo familiar. Las dinámicas y roles dentro de la familia suelen transformarse, exigiendo a los seres queridos adaptarse a las cambiantes necesidades del superviviente, mientras enfrentan de manera conjunta los desafíos emocionales, prácticos y financieros que la supervivencia conlleva.

Una encuesta realizada entre largos supervivientes de cáncer reveló que, en promedio, estas personas conviven con cinco comorbilidades, de las cuales el 40% aparecen después de finalizar el tratamiento.³ Los síntomas persistentes y efectos tardíos incluyen la fatiga crónica, dolor persistente, deterioro cognitivo derivados de la quimioterapia ("chemobrain"), cardiotoxicidad, complicaciones en los sistemas endocrino, respiratorio, cardiovascular y neurológico, depresión y ansiedad, además del miedo a la recidiva del cáncer.

Paso de la atención especializada a la atención primaria

Por lo general, los largos supervivientes de cáncer son dados de alta de la atención especializada una vez que completan su tratamiento primario y son remitidos al ámbito de la atención primaria y comunitaria para el seguimiento de su salud. Este

cambio en el nivel de atención implica una transición crucial, en la cual los largos supervivientes de cáncer pasan de recibir un cuidado intensivo y altamente especializado a depender de servicios más generalistas. En este contexto, los profesionales de la atención primaria y comunitaria asumen un papel fundamental, ya que son responsables de monitorear posibles recaídas, gestionar efectos tardíos del tratamiento, y abordar comorbilidades o complicaciones que puedan surgir con el tiempo.

Sin embargo, esta transición también presenta retos significativos. A menudo, los largos supervivientes de cáncer pueden experimentar una sensación de abandono al no contar con el mismo nivel de soporte y monitoreo que tenían en el entorno especializado. Además, los profesionales de atención primaria pueden carecer de la formación específica o las herramientas necesarias para gestionar las necesidades complejas y únicas de esta población. Esto subraya la importancia de fortalecer la coordinación entre los equipos de atención especializada y los servicios comunitarios, asegurando una continuidad del cuidado que abarque tanto los aspectos físicos como emocionales y sociales de la supervivencia al cáncer.

Paso de un modelo oportunista a un modelo integrado para la atención a la supervivencia

La atención para los largos supervivientes de cáncer y sus familias suele ser oportunista al no reconocer a los supervivientes como un grupo específico dentro del sistema de salud,⁴ o disponer de programas de salud específicos para esta población, como sucede con otras poblaciones de pacientes crónicos. Por esta razón, los cuidados que reciben carecen de una estructura definida y no se adaptan a sus necesidades específicas. En su lugar, suelen ser

cuidados oportunistas, brindados de manera puntual durante los encuentros con los supervivientes, y que frecuentemente van más allá del motivo inicial de la consulta.⁴

Para abordar adecuadamente este desafío, es esencial transitar de un modelo oportunista hacia un modelo integrado que abarque todo el espectro de necesidades de los largos supervivientes de cáncer y sus familias, especialmente considerando el aumento constante en el número de supervivientes y la duración de su vida post-tratamiento.

Plan de Atención para la Supervivencia

Para ofrecer una atención específica en la supervivencia de cáncer, se han logrado avances significativos en varios países, como Estados Unidos, los Países Bajos, Canadá, Australia y el Reino Unido, que han desarrollado, implementado y evaluado diversas estrategias para abordar los desafíos posteriores al tratamiento, destacando entre ellas el Plan de Atención para la Supervivencia (PAS), conocido en el ámbito internacional como "Survivorship Care Plan". El PAS es un documento personalizado, elaborado por el equipo de oncología, que incluye un resumen detallado del tratamiento oncológico recibido, un cronograma de citas de seguimiento y pruebas médicas, así como recomendaciones específicas para promover la salud, abarcando aspectos como la actividad física, la dieta y el bienestar mental. Este plan debe entregarse tanto al largo superviviente de cáncer como al equipo de atención primaria al concluir el tratamiento oncológico, con el objetivo de garantizar una transición fluida hacia el seguimiento integral en el ámbito comunitario.

Los PAS incorporan cuatro componentes esenciales, diseñados para abordar de manera integral las necesidades de los largos supervivientes de cáncer, entre ellos la vigilancia y detección de nuevos cánceres y recidivas, el manejo de efectos tardíos y a largo plazo del cáncer y sus tratamientos, la promoción de la salud y calidad de vida (dieta, actividad física, estrategias de afrontamiento, entre otros), y la coordinación de la atención entre especialistas y profesionales de atención primaria.⁵

Optimización de los Planes de Atención para la Supervivencia

La implementación de los PAS enfrenta desafíos significativos, tales como la necesidad de personalizar los planes de atención, mejorar la coordinación entre los diferentes niveles asistenciales, fomentar la adherencia de los pacientes y superar las limitaciones de recursos disponibles. Estos retos subrayan la necesidad de diseñar e implementar estrategias innovadoras y efectivas que permitan optimizar los PAS, garantizando así una atención integral y sostenible para los largos supervivientes de cáncer, con un enfoque prioritario en la Atención Primaria. Para ello, se proponen cinco estrategias clave, acompañadas de acciones específicas, dirigidas a mejorar la

estructura, el contenido y la implementación de los PAS (Figura 1).

Personalización de los planes de atención

Los PAS deben ajustarse a las características específicas de cada largo superviviente, teniendo en cuenta el tipo de cáncer, el historial de tratamiento, los efectos secundarios a largo plazo y los riesgos personales de salud. Además, los PAS deben ir más allá del cuidado físico, incluyendo servicios de apoyo psicológico y social, como asesoramiento, rehabilitación física y orientación financiera, para abordar de manera integral las necesidades físicas, emocionales, sociales y económicas del superviviente.

Por otro lado, los PAS incorporar pautas preventivas de salud, incluyendo orientación sobre hábitos de vida saludables, como dieta, actividad física y cese del tabaquismo, con el objetivo de ayudar a los supervivientes a mantener una salud óptima y reducir el riesgo de recidiva del cáncer. También deben integrar información sobre pruebas de cribado preventivo, como mamografías, colonoscopias u otras pruebas relacionadas con el cáncer, basándose en el perfil de riesgo individual del superviviente.

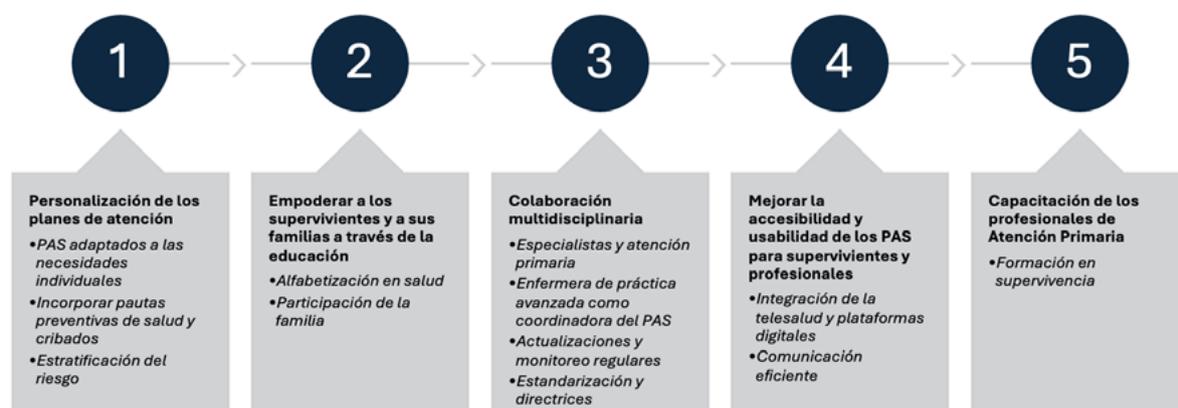


Figura 1. Estrategias para optimizar los Planes de Atención para la Supervivencia

Otro aspecto de relevancia es la necesidad de estratificación del riesgo. Los PAS deben ser diseñados según el nivel de riesgo del superviviente, adaptando la intensidad de la atención y la frecuencia del seguimiento a su nivel de riesgo. Por ejemplo, los pacientes de alto riesgo requerirán un monitoreo más frecuente.

Empoderar a los supervivientes y a sus familias a través de la educación

Es fundamental proporcionar información clara y fácil de entender, utilizando recursos visuales, infografías o resúmenes simplificados. Esto asegura que los largos supervivientes de cáncer y sus familias comprendan su estado de salud, los riesgos asociados y las medidas de seguimiento necesarias. Además, se debe involucrar activamente a los familiares en el proceso de elaboración e implementación del PAS, proporcionándoles recursos y formación necesarios para apoyar el cuidado del superviviente.

Colaboración multidisciplinaria

Es esencial fomentar la colaboración entre oncólogos, enfermeras oncológicas, médicos de familia, enfermeras familiares y comunitarias, psicólogos y otros especialistas para abordar todos los aspectos de la salud del superviviente, desde el bienestar físico hasta el emocional. La evidencia recomienda la participación de una enfermera de práctica avanzada como coordinadora de los PAS, dado el papel fundamental de las enfermeras en el diseño, la entrega, el monitoreo y la coordinación de estos planes.

Para una colaboración efectiva, los PAS deben actualizarse de manera periódica en función de los cambios en el estado de salud del superviviente y los nuevos tratamientos disponibles. Esto puede lograrse

mediante evaluaciones periódicas en el seguimiento realizado en atención primaria. Asimismo, se debe avanzar hacia la estandarización de los PAS en los sistemas de salud, implementando directrices respaldadas por evidencia científica que aseguren uniformidad y calidad en la atención a los largos supervivientes de cáncer

Mejorar la accesibilidad y usabilidad de los PAS para supervivientes y profesionales

Considerando los avances informáticos y tecnológicos en salud, es recomendable implementar servicios de tele salud para las citas de seguimiento rutinarias, especialmente en el caso de supervivientes que residen en áreas rurales. Asimismo, las plataformas digitales pueden facilitar la interacción de los supervivientes con sus planes de atención, permitiéndoles consultar resultados de pruebas, recibir recordatorios automáticos para exámenes y citas, recibir recomendaciones de salud para el autocuidado y gestionar su atención en línea. Sin embargo, los PAS deben estar disponibles tanto en formato escrito como electrónico, adaptándose a las preferencias de cada superviviente. Por otro lado, se deben implementar soluciones tecnológicas, como los registros electrónicos de salud compartidos, que permitan a todos los profesionales de la salud actualizar y acceder a los PAS en tiempo real, asegurando así una coordinación fluida y eficiente de la atención entre los diferentes niveles asistenciales.

Capacitación de los profesionales de Atención Primaria

Dado el creciente número de largos supervivientes de cáncer y la complejidad de su seguimiento, es fundamental capacitar a los profesionales de atención primaria, para que desarrollen las habilidades necesarias para brindar una atención de alta

calidad tanto a los supervivientes como a sus familias.

La implementación de estas estrategias podría contribuir a que los largos supervivientes de cáncer y sus familias reciban un

apoyo integral desde la comunidad, permitiendo abordar de manera efectiva los efectos a largo plazo del cáncer y facilitando su integración en los entornos sociales y comunitarios en los que viven.

Referencias

1. De Angelis R, Demuru E, Baili P, et al. Complete cancer prevalence in Europe in 2020 by disease duration and country (EUROCARE-6): a population-based study. *Lancet Oncol.* 2024;25(3):293-307. [doi:10.1016/S1470-2045\(23\)00646-0](https://doi.org/10.1016/S1470-2045(23)00646-0)
2. García-Vivar C. The use and misuse of the concept of cancer Survivor. *Cancer Nursing*, 2022, 45(6): 419-420. <https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000001167>
3. Leach CR, Weaver KE, Aziz NM, Alfano CM, Bellizzi KM, Kent EE, et al. The complex health profile of long-term cancer survivors: prevalence and predictors of comorbid conditions. *J Cancer Surviv.* 2015;9(2):239-251. [[doi: 10.1007/s11764-014-0403-1](https://doi.org/10.1007/s11764-014-0403-1)]
4. Elizondo Rodríguez N, La Rosa-Salas V, Leite ACAB, Domingo-Osle M, Nascimento LC, García-Vivar C. "Opportunistic Care": A Focus Group Study of Nurses' Perspective on Caring for Long-term Cancer Survivors and Their Families. *Cancer Nurs.* 2024. [doi:10.1097/NCC.0000000000001346](https://doi.org/10.1097/NCC.0000000000001346)
5. Institute of Medicine and National Research Council. *From Cancer Patient to Cancer Survivor: Lost in Transition.* Washington, DC. The National Academies Press; 2006

Intervención RDM acupuntura intradérmica para los sofocos durante el período climatérico. Estudio piloto

Nieto-García, Esther¹; Cid-Expósito, Gema¹; Sevilla-Lorenzo, Raúl²; Lea- Prudencio, Itziar³; Domingo-Martin, Rafael³; Pelaez-Martinez, Leticia³

¹Universidad Rey Juan Carlos

²Servicio Valenciano de Salud

³Servicio Madrileño de Salud

AUTORA DE CORRESPONDENCIA: esther.nietog@gmail.com

Manuscrito recibido 18/02/2024

Manuscrito aceptado: 07/10/2024

Cómo citar este documento

Nieto-García, E, Cid-Expósito, G, Sevilla-Lorenzo, R, Lea- Prudencio, I. Intervención RDM acupuntura intradérmica para los sofocos durante el período climatérico. Estudio piloto. *Quantitative and Qualitative Community Research RqR*. 2024 Nov; 12 (2): 11-22.

Original

RESUMEN

Objetivo: Los síntomas climatéricos son una alteración que se presenta en el 80% de las mujeres, siendo los procesos vasomotores los más frecuentes, con una duración de hasta 7 años. Síntomas que padecen la mitad de la población.

Para estos síntomas no existe ningún medicamento probado sin efectos adversos. En este artículo se presenta un estudio de casos con Intervención RDM acupuntura intradérmica para la reducción de estos síntomas en 6 meses. Se realiza un estudio descriptivo de serie de casos. Exponemos 13 casos, mujeres con una presencia de sofocos elevada y con una permanencia de los mismos de una media de 5,2 años. Se mide a través de la escala MRS y se observa que la intervención mejora en un 100%, siendo significativa la mejora en la calidad de vida.

Este estudio se ha utilizado para diseñar un ensayo clínico doble ciego en una tesis doctoral en la URJC.

Metodología: Estudio de serie de casos descriptivo en mujeres con síntomas vasomotores. La intervención RDM se aplica durante 6 meses, realizando una captación y formación inicial a la mujer, entrenamiento durante 4 semanas en la que se la entrena en la técnica y posteriormente un seguimiento mensual. Su evolución se mide con test MRS desde el inicio y mensualmente.

Resultados: Se inicia la intervención en 20 mujeres y finalizan 13 mujeres. De las cuales el 100% de los casos tiene una mejora porcentual en el cómputo de los síntomas asociados al período climatérico según el cuestionario autoregistrado de MRS.

Conclusión: El estudio demuestra que la intervención puede ser efectiva para mejorar la sintomatología climatérica usando acupuntura intradérmica permanente siguiendo la intervención RDM, precisa más estudios para evaluar posibles sesgos y resultados en poblaciones más amplias.

Palabras clave

Sofocos, climaterio, menopausia, acupuntura, Intervención RDM, Microagujas

Intervention RDM for Intra-dermal acupuncture for hot flashes during climateric period. Pilot study.

Abstract

Objective: Climacteric symptoms are an alteration that occurs in 80% of women, with vasomotor processes being the most frequent and lasting up to 7 years, and this is suffered by half of the population.

For these symptoms there is no proven medication without adverse effects. This article presents the intervention with Intervention RDM for Intra-dermal acupuncture for the reduction of these symptoms in 6 months. A descriptive case series study is carried out. We expose 13 cases, women with a presence of high hot flashes and with a presence of them of an average of 5.2 years. It is measured through the MRS scale and it is observed that the intervention improves in 100%, being significant the improvement in the quality of life.

This study is used for designing an intervention case-control study in a doctoral thesis in URJC.

Methodology: Descriptive case series study conducted in women with vasomotor symptoms. The RDM intervention was applied for 6 months, starting with initial recruitment and training for the participants. This included a 4-week training period to master the technique, followed by monthly follow-up sessions. Progress was measured using the MRS test at baseline and on a monthly basis.

Results: The intervention began with 20 women, of whom 13 completed the study. All participants (100%) showed a percentage improvement in symptoms associated with the climacteric period, as assessed by the self-reported MRS questionnaire.

Conclusions: The study demonstrates that the intervention may be effective in alleviating climacteric symptoms through permanent intradermal acupuncture as part of the RDM approach. Further research is needed to address potential biases and to evaluate outcomes in larger populations.

Key words

Hot Flashes, climateric, menopause, acupuncture, Intervention RDM, Microneedle

1. Introducción

The climacteric period is the stage in a woman's life that develops from the time when the ovaries have non-fertile cycles until the total elimination of problematic menopausal symptoms. This period, which ranges from 5 to 15 years, includes the three classic periods: perimenopause, menopause and postmenopause¹.

According to the National Statistics Institute of Spain there are 5.376.982 women in this vital stage in 2023.

The symptoms recorded during the climacteric period² are varied, and it has been found that there are many variables that can affect them, such as ethnicity, culture, genetics, lifestyle, etc^{3,4}, although there are no studies that show that these variables are statistically significant. Among the symptomatology that can occur are: vasomotor symptoms, vaginal atrophy, mood variability, somatic symptoms, among others. However, vasomotor symptoms are the ones that have always been directly related to this process⁵.

Thermoregulation problems in the climacteric stage seriously affect the quality of life of women. It occurs in 60-80% of women and it is currently estimated that it can last for an average of 7 years. This symptomatology is non-specific, it does not have a homogeneous pattern in all women. Although there are some risk factors that have been observed as influential: a lower level of education, suffering premenstrual syndrome, a high BMI, smoking, anxiety or depression, mainly⁶.

Current treatments for these problems are not a panacea, intervention on lifestyle, or decrease in obesity are not significant and HRT treatments are effective in the short term but with serious health risks⁷ (venous thromboembolism, cardiac events and urinary incontinence), according to the Clinical Practice Guide of the Ministry of Health, Consumption and Social Welfare of 2017⁸.

This complex and varied symptomatology is measured with health-related quality

of life (HRQoL) questionnaires, in this case for women's health the most widely used questionnaire^{9,10}, because it is a self-descriptive tool, is the Menopause Rating Scale (MRS) designed in 1990. This questionnaire assesses 11 items, including biopsychosocial aspects: somatic, psychological and urogenital. It is based on a likert scale from 0-4, together with emoticons that facilitate understanding and adaptation to all cultural levels¹¹.

Of the possible treatment alternatives that women have for this problem, none gives clear results without side effects¹².

One of the treatment alternatives for hot flushes problems is acupuncture, in the last review conducted by the Cochrane in 2013¹³, the articles studied are positive in the treatment, although not definitive due to the few cases studied and the impossibility of comparisons, and need more studies.

Since 2018, an alternative called Intervention RDM for Intra-dermal acupuncture based on Nogier frequency pickup is being investigated and developed. This therapeutic technique was very effective in a first case study with vasomotor symptoms that impaired the quality of life of the woman studied (<https://intervencionrdm.blogspot.com/>). Therefore, a pilot study was initiated to determine the effectiveness of the intervention.

The hypothesis that the use of Intervention RDM in women in the abdominal area with a duration of 6 months resolves or improves climacteric symptomatology and especially vasomotor symptoms.

The study has been described following the guidelines of the Revised Standards for Reporting Interventions in Acupuncture Clinical Trials (STRICTA)¹⁴

The main goal is to investigate the effect of Intervention RDM in women in the abdominal area with a duration of 6 months to resolve or improves climacteric symptomatology and especially vasomotor symptoms.

2. Material and methods

- 2.1. Trial design study of case series descriptive
- 2.2. Participants and study setting: women in climacteric period with marked vasovagal symptomatology living in the Community of Madrid. excluded: women under treatment for breast cancer or Hormone Replacement Therapy (HRT) due to the impossibility of measuring the possible effects of these treatments.

The participants was chosen by unintended snowball sampling¹⁵ and all of them should signed an Informed consent.

- 2.3. Ethical Committee of URJC approved the study.
- 2.4. Intervention. The Intervention RDM intervention consists of the application in the iliac fossa of the woman of 5 single-use semi-permanent adherent micro-needles (Image 1). These microneedles will be kept for 7 days (+/- 2) and will be renewed, maintaining the process for 6 months.

The first step the research was carried out a health survey and the first evaluation of the MRS test.

This intervention was performed by a professional nurse trained in the technique, she trained to the woman in the self-application of the intervention, when the woman was ready she make it alone and was monitored with a control test every 4 weeks with the MRS test until 6 month. The Intervention ended with a last control MRS test at year to begin.

- 2.5. Variables to be studied MRS assessment test: hot flashes, heart problems, muscle and joint problems, sleep problems, depressed mood, irritability, anxiety, tiredness, sexual problems, urinary problems, vaginal dryness.

3. Results

We enrolled 20 women who started the study, finally 13 women finished the process, (for unknown reasons), with a mean age of 51 years (42-61) and a mean time experiencing hot flashes of 5.2 years. One of the women was treated for 4 years with Hormone Replacement Therapy, presenting hot flashes again at the end of treatment two years before. 8 Women had other diseases (table 1).

All passed the MRS test controls prior to the start of the intervention and once a month during the intervention time, the results given in Table 2 show a decrease in the perception of the intensity and frequency of hot flashes by the women in 84,61% of the cases, the average decrease in the scale being 2 points. Being assessable levels in different months of almost absence of vasomotor symptoms.

In the global evaluation of the data (Table 3) it is observed that the score of the MRS test decreases in all cases 100%. In table 4 we can observe the analysis of the data where an average decrease in the global score is observed on the MRS test of 10.46 points, $\sigma = 5.87$, (the dispersion range being from 1 to 23 points). Efficacy, defined as the measure of the possible total resolution of all symptoms, which would give a final test with a value of 0, has been an average of 51.43% (dispersion of 6.67%, 80%)

The partial data grouping symptoms would be:

- Somatic symptoms have decreased in 100% of the cases with a mean decrease of 4.69 points, $\sigma = 2.25$, (the dispersion range being from 9 to 2 points). The efficacy has been an average of 51.52% (dispersion of 18.18% - 85.71%).
- Physiological symptoms have decreased in 87.5% of the cases with an average decrease of 2.92 points, $\sigma = 4.09$, (the

Table 1. Clinic date of the cases

	NºClinic History	Age actually	Age onset premenopausal	menstruation cycle(yes/no)	Years tubal with ligation Age hot flashes Menopausal problems Other problems
1	1	55	0	no	---- 48 7 no
2	2	50	0	no	---- 47 3 Osteoporosis
3	3	43	0	no	---- 40 3 no
4	4	42	42	yes	---- 0 0 no
5	6	53	50	no	---- 53 0.5 Constipation, Morton's neuroma
6	7	53	52	no	sleeplessness, arterial hypertension ---- 53 1
7	8	51	41	no	---- 45 6 Anxiety, Migraña
8	9	54	0	no	35 52 2 no
9	11	61	47	no	---- 48 13 no
10	12	58	49	no	Arterial hypertension, ---- 51 7 Osteoporosis
11	13	46	42	no	Endometriosis, migraines ---- 46 0.4
12	14	53	49	no	Asthma ---- 49 5
13	16	53	42	no	---- 43 11 Asthma, Osteoporosis

Average 51,69 31,85 44,23 5,27

**Table 2. VARIATION OF HOT FLASHES IN THE MONTHS OF INTERVENTION.
Score: 0 absence to 4 very high intensity**

	NºClinic History	outs et	1ºmonth	2ºmonth	3º 4º month month	5º 6º month month	depreciatio 12º month n	EFFECTIVENE SS OVER THE TOTAL POSSIBLE
1	1	4	3	2	2 2	2 2	13 points	75
2	2	4	4	3	2 2	2 2	12 points	50
3	3	4	4	1	1 1	2 0	13 points	75
4	4	4	4	2	0 1	1 1	13 points	75
5	6	3	2	2	3 2	2 2	21 points 12 points	33,34
6	7	3	3	3	2 1	2 1		66,67
7	8	4	1	0	2 0	1 4	13 points 12 points	75
8	9	3	2	2	1 1	2 1		66,67
9	11	3	1	0	1 2	0 0	03 points 40 points	100
10	12	4	4	4	0 4	4 4		0
11	13	3	3	1	1 2	3 1	12 points	66,67
12	14	4	4	4	3 2	3 3	22 points	50
13	16	2	2	1	2 2	2 2	20 points	0
							average 2 points	56,41

Table 3. RESULTS OF THE COMPLETE MRS TEST DURING THE WHOLE INTERVENTION

		outset		1 month 2 month 3 month 4 month 5 month 6 month 12 month																							
HC	EDAD	1--	5--	9--	TOTA	1--	5--	9--	TOTA	1--	5--	9--	TOTA	1--	5--	9--	TOTA										
		4	8	11	L1-4	4	8	11	L1-4	4	8	11	L1-4	4	8	11	L1-4	4	8	11	L1-4						
1	55	12	04	12	28	6	4	3	135	42115	3	1943	0	7	4	3	0	7	4	4	0	8	3	1	1	5	
2	50	15	11	10	36	10	8	8	265	24116	2	101862	8	16	4	2	4	10	6	1	7	14	6	0	10	16	
3	43	8	6	2	16	3	1	1	53	1152	0	1363	2	11	5	1	1	7	5	1	1	7	3	0	2	5	
4	42	5	0	0	5	0	0	0	02	0020	0	0010	0	1	1	0	0	1	1	1	0	2	1	0	0	1	
5	53	12	7	6	25	9	4	1	1410	77241088248	7	5227462265	3	14	6	6	4	16	6	5	3	14	7	6	1	14	
6	52	9	9	7	25	10	10	11	318	77241088248	8	5227462265	7	18	7	5	7	19	7	7	8	22	5	1	9	15	
7	8	51	10	8	5	23	1	2	0	32	3052	1	0303	0	3	1	3	0	4	7	12	0	19	7	7	0	14
8	9	54	6	5	2	13	6	5	0	114	4194	2	06410	0	14	5	4	0	9	4	4	0	8	3	3	0	6
9	1161	7	4	4	15	1	0	0	10	0221	0	2322	2	6	1	0	1	2	1	1	1	1	3	1	0	2	3
10	1258	12	6	7	25	12	7	6	258	66209	3	61882	9	19	9	3	6	18	10	4	7	21	8	3	7	18	
11	13	46	9	7	6	22	4	4	125	52127	6	51886	6	20	8	5	7	20	4	5	8	17	4	2	4	10	
12	1453	11	2	12	25	10	6	6	2212	107297	1	61454	3	12	8	4	4	16	8	9	2	19	9	7	0	16	
13	1653	6	1	8	15	6	2	8	165	28155	3	81642	8	14	3	1	8	12	5	3	8	16	4	2	8	14	

TABLE 4. DATA EVALUATION

HC	AGE	DEPRECIATION*	EFFICACY**	DECREASE IN SOMATIC SYMPTOMS	EFFICACY ON SOMATIC SYMPTOMS	DECREASES IN PHYSIOLOGICAL SYMPTOMS	EFFICACY IN PHYSIOLOGICAL SYMPTOMS	DECREASE IN URO-GENITAL SYMPTOMS	EFFECTIVENESS IN URO-GENITAL SYMPTOMS
1	55	23	82,14%	9	75,00%	3	75,00%	11	91,67%
2	50	20	55,56%	9	60,00%	11	100,00%	0	0,00%
3	43	11	68,75%	5	62,50%	6	100,00%	0	0,00%
4	42	4	80,00%	4	80,00%	0	0,00%	0	0,00%
6	53	11	44,00%	5	41,67%	1	14,29%	5	83,33%
7	52	10	40,00%	4	44,44%	8	88,89%	-2	-28,57%
8	51	9	39,13%	3	30,00%	1	12,50%	5	100,00%
9	54	7	53,85%	3	50,00%	2	40,00%	2	100,00%
11	61	12	80,00%	6	85,71%	4	100,00%	2	50,00%
12	58	7	28,00%	4	33,33%	3	50,00%	0	0,00%
13	46	12	54,55%	5	55,56%	5	71,43%	2	33,33%
14	53	9	36,00%	2	18,18%	-5	-250,00%	12	100,00%
16	53	1	6,67%	2	33,33%	-1	-100,00%	0	0,00%
AVERAGE		10,46	51,43%	4,69	51,52%	2,92	23,24%	2,85	40,75%
STANDARD DEVIATION		5,87		2,25		4,09		4,34	

*DECREASE IN THE TOTAL BEGINNING AND ENDING VALUES IN THE MRS TEST

**PERCENTAGE OF EFFICACY OVER THE TOTAL POSSIBLE POINTS TO DESCENT FROM THE INITIAL SCORE TO THE FINAL SCORE WITH RESPECT TO THE TOTAL RESOLUTION OF THE SYMPTOMS

dispersion range being from 11 to -5 points). The efficacy has been an average of 23.24% (dispersion of 100% - -250%).

- The urogenital symptoms have decreased in 87.5% of the cases with a mean decrease of 2.85 points, $\sigma=4.39$, (the dispersion range being from 12 to -2 points). The efficacy has been an average of 40.75% (dispersion of 18.18%, 85.71%).
- The negative points in these cases indicate that symptoms have appeared that were not present at the beginning of the intervention.

In relation to the appearance of side effects, a case of discomfort related to the point of insertion of the microneedle, which moved due to profuse sweating, has been described. There have been no other side effects to the intervention. Other comments parallel to the control of climacteric symptoms have indicated a decrease or even disappearance of joint pain.

4. Discussion

In view of the results, the intervention is positive, since it has given clinical improvement in 100% of the cases. The intensity of the improvement is highly variable, although it is important in the reduction of vasovagal symptoms, hot flashes are reduced in frequency and intensity, although they are not completely eliminated, like other studies, it's not clear if the advantage is only for the intervention¹⁶. Acupuncture has good results in climacteric symptoms^{12,17}, this can be, a new tip for to use easy.

In women who had not been regulated after an average of 5 years of suffering from hot flashes, this improvement significantly increases their quality of life, the way to properly address it is still very unknown¹⁸. It's necessary to look after new treatment to help a woman during the climacteric symptoms, no one knows are perfect¹⁹.

This study presents the bias²⁰ of a positive view of a new treatment, although these women who participated had tried

other treatments without obtaining these results,.

The RDM²¹ intervention favors the stimulation of the endocrine and hormonal systems by being located on the area in which, according to R. Nogier²², it modifies them by capturing light waves. The microneedles on the lower abdominal area, modifies the formation of chemical neuromediators, and favors the passage of bioelectric waves with different frequencies, normalizing the internal ionic charges, favoring fluctuating hormonal disorders that produce hot flashes.

Two cases increase de symptoms, we don't have a more variables to explain this, and it's necessary studies with more patients and variables . This study provides an effective treatment regimen for climacteric hot flashes. However, this study still has some limitations. Firstly, this research is a prospective study with limited sample size and single source. Therefore, it is necessary to carry out lots number of prospective research to confirm the conclusion. Secondly, the research on the mechanism of hot flashes still needs deep research.

5. Conclusion

The study is the first step to propose the Intervention RDM as an new treatment for calm de hot flashes in climacteric periods.To verify the effectiveness of the intervention, a study supported by a doctoral thesis and a double-blind clinical study methodology is planned to corroborate these results with more women and more variables studied.

6. Conflict of interest

We declare no conflicting financial or non-financial interests

7. Bibliografía

1. Thurston RC, Joffe H. Vasomotor symptoms and menopause: findings from the Study of Women's Health across the Nation. *Obstet Gynecol Clin North Am.* 2011 Sep;38(3):489-501. doi: 10.1016/j.ogc.2011.05.006. PMID: 21961716; PMCID: PMC3185243.
2. Sanz Martínez S, Montoya Gea F, Rivas AJ, Berenguel Antequera E, Navarro Hernández P. Prevención de la menopausia en la mujer. En: Molero MM, Pérez Fuentes MC, Gazquez JJ, Barragán AB, Martos I, Simón MM, editores. *Salud y cuidados durante el desarrollo.* Vol. I [Internet]. El Salvador: ASUNIVEP; 2017 [citado 2018 mar 5]. Disponible en: https://www.formacionasunivep.com/Vciise/files/libros/LIBRO_5.pdf.
3. Romero-Pérez IM, Monterrosa-Castro Á, Paternina-Caicedo Á. Menopausia y etnias/razas: ¿hay diferencias en la presentación de los síntomas?. *Rev Colomb Obstet Ginecol* [Internet]. 2010;61(4):319-328. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=195221539005>.
4. Crandall CJ, Manson JE, Hohensee C, Horvath S, Wactawski-Wende J, LeBlanc ES, et al. Association of genetic variation in the tachykinin receptor 3 locus with hot flashes and night sweats in the Women's Health Initiative Study. *Menopause.* 2017 Mar;24(3):252-261. doi: 10.1097/GME.0000000000000763. PMID: 28231077; PMCID: PMC5327841.
5. Sussman M, Trocio J, Best C, et al. Prevalencia de síntomas menopáusicos entre mujeres de mediana edad: hallazgos a partir de registros médicos electrónicos. *BMC Womens Health.* 2015;15:58.
6. Woods NF, Mitchell ES. Symptoms during the perimenopause: prevalence, severity, trajectory, and significance in women's lives. *Am J Med.* 2005 Dec 19;118 Suppl 12B:14-24. doi: 10.1016/j.amjmed.2005.09.031. PMID: 16414323.
7. Salazar Balcazar D, Badoui N. Revisión narrativa de la evidencia actual acerca de las alternativas hormonales y no hormonales en el manejo de los síntomas vasomotores y urogenitales de la menopausia. *Universitas Med.* 2018;60(1):[sin número].
8. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad del Gobierno de España. Guía de práctica clínica sobre abordaje de síntomas vasomotores y vaginales asociados a menopausia y posmenopausia [Internet]. 2015 [citado 2022 feb 6]. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2022/02/gpc_571_menopausia_aet-sa_resum.pdf.
9. Rodríguez Baldeón AL. Valoración de síntomas climatéricos con la escala MRS en mujeres de mediana edad [Internet]. *Maternidad Babahoyo;* 2014 [citado 2021 oct 4]. Recuperado de: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/38043>.
10. Sourouni M, Zangger M, Honermann L, Foth D, Stute P. Assessment of the climacteric syndrome: a narrative review. *Arch Gynecol Obstet.* 2021 Oct;304(4):855-862. doi: 10.1007/s00404-021-06139-y. Epub 2021 Jul 6. PMID: 34231082.
11. Schneider HP, Heinemann LA, Rosemeier HP, Potthoff P, Behre HM. The Menopause Rating Scale (MRS): reliability of scores of menopausal complaints. *Climacteric.* 2000 Mar;3(1):59-64. doi: 10.3109/13697130009167600. PMID: 11910611.
12. Arroll N, Armstrong S, Aneke KU, Jordan V, Farquhar C. Ayudas para la toma de decisiones para el tratamiento de los síntomas de la menopausia. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015;(9) . doi: 10.1002/14651858.CD011892. Consultado el 30 de agosto de 2021. Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011892/full>.

13. Dodin S, Blanchet C, Marc I, Ernst E, Wu T, Vaillancourt C, et al. Acupuncture for menopausal hot flushes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(7). doi: 10.1002/14651858.CD007410.pub2. Disponible en: https://www.cochrane.org/CD007410/MENSTR_acupuncture-for-menopausal-hot-flushes.
14. MacPherson H, Altman DG, Hammerschlag R, Youping L, Taixiang W, White A, et al. Estándares revisados para informar intervenciones en ensayos clínicos de acupuntura (STRICTA): Ampliación de la declaración CONSORT. *PLoS Med.* 2010;7(6). doi: 10.1371/journal.pmed.1000261.
15. Pan Y, Meister R, Lowe B, Kaptchuk TJ, Buhling KJ, Nestoriuc Y. Open-label placebos for menopausal hot flushes: a randomized controlled trial. 2020 Nov 18;10(1):20090-020-77255-z.
16. Utian WH. Psychosocial and socioeconomic burden of vasomotor symptoms in menopause: a comprehensive review. *Health Qual Life Outcomes.* 2005;3:47. doi: 10.1186/1477-7525-3-47.
17. Li T, Zhang Y, Cheng Q, Hou M, Zheng X, Zheng Q, et al. Quantitative study on the efficacy of acupuncture in the treatment of menopausal hot flashes and its comparison with nonhormonal drugs. 2021;28(5):564.
18. Hubka TA, Crim A, Koh JY, Larrison C, McKeithen T, Fleming M, et al. Uncovering gaps in management of vasomotor symptoms: findings from a national need assessment. 2024 May 30.
19. Md S. Advanced drug delivery technologies for postmenopausal effects. Amsterdam: New York; 2024. p. 426-46. (*Journal of controlled release: official journal of the Controlled Release Society*; vol. 373).
20. López-Ríos L, Barber MA, Wiebe J, Machín RP, Vega-Morales T, Chirino R. Influence of a new botanical combination on quality of life in menopausal Spanish women: Results of a randomized, placebo-controlled pilot study. 2021 Jul 21;16(7). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34288973>.
21. Nieto García E, Domingo Martín R. Resultados de la aplicación de la "Técnica Terapéutica RDM", en el tratamiento del dolor agudo y crónico osteomuscular. *Enfispo.* 2015;55-64. Disponible en: <https://enfispo.es/servlet/articulo?codigo=7071355>.
22. Nogier R. Introducción práctica a la medicina auricular. Fotopercepción cutánea. México: Editorial Pax México; 1999.

Satisfacción de los tutores de empresas sobre las prácticas en los estudiantes de ciencias de la salud: Un estudio transversal de tipo descriptivo

Escandell-Rico, Francisco Miguel ¹, Pérez-Fernández, Lucía²

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

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

AUTOR DE CORRESPONDENCIA: francisco.escandell@ua.es

Manuscrito recibido: 11/04/2024

Manuscrito aceptado: 06/09/2024

Cómo citar este documento

Escandell-Rico, F M, Pérez-Fernández, L. Satisfacción de los tutores de empresas sobre las prácticas en los estudiantes de ciencias de la salud: Un estudio transversal de tipo descriptivo. *Quantitative and Qualitative Community Research RqR*. 2024 Nov; 12 (2): 23-32.

Original

RESUMEN

Objetivo: El objetivo fue describir la satisfacción de los tutores de empresas e instituciones sobre las prácticas en los estudiantes de ciencias de la salud.

Metodología: Estudio transversal de tipo descriptivo. El muestreo fue no probabilístico por conveniencia según la disposición de los tutores de empresa en participar en el estudio. Se utilizó la base de datos del cuestionario de satisfacción de la unidad técnica de calidad de la universidad

Resultados: En total participaron 123 tutores de grado y 20 de másteres para el curso académico 2021-2022. Y 478 tutores de grado y 128 de másteres para el curso académico 2022-

2023. En el estudio se observan valores elevados en los índices de satisfacción general de los grados y de los másteres. También se obtuvieron buenos valores respecto a la comunicación con el tutor académico. Sin embargo, uno de los aspectos peor valorados fue la adecuación de la formación académica a las necesidades de la empresa o entidad colaboradora.

Conclusión: La satisfacción de los tutores de empresas e instituciones sobre las prácticas en los estudiantes de ciencias de la salud pueden considerarse altos, lo que refuerza la idea de que realizar prácticas en entornos favorables junto con el correcto desempeño en la labor del tutor académico, el tutor empresa y el personal administrativo, motiva a los estudiantes y les ayuda a adquirir conocimientos.

Palabras clave

Satisfacción académica; ciencias de la salud; docente de enfermería; prácticas clínicas

Satisfaction of company tutors regarding internships in health sciences students: A descriptive cross-sectional study

Abstract

Objective: The objective was to describe the satisfaction of tutors from companies and institutions regarding practices among health science students.

Methodology: Descriptive cross-sectional study. The sampling was non-probabilistic for convenience according to the willingness of the company tutors to participate in the study. The database of the satisfaction questionnaire of the technical quality unit of the university was used.

Results: A total of 123 undergraduate tutors and 20 master's tutors participated for the 2021-2022 academic year. And 478 undergraduate tutors and 128 master's tutors for the 2022-2023

academic year. In the study, high values were observed in the general satisfaction indices of the bachelor's and master's degrees. Good values were also obtained regarding communication with the academic tutor. However, one of the worst valued aspects was the adaptation of the academic training to the needs of the company or collaborating entity.

Conclusions: The satisfaction of tutors from companies and institutions regarding internships in health sciences students can be considered high, which reinforces the idea that carrying out internships in favorable environments together with the correct performance of the academic tutor's work, The company tutor and administrative staff motivate students and help them acquire knowledge.

Key words

Academic satisfaction; Health Sciences; nursing teacher; clinical practices

Introducción

El entorno de prácticas externas en ciencias de la salud influye en los resultados del aprendizaje y tienen impacto en el comportamiento de los estudiantes (1). Las experiencias de prácticas externas son importantes para el aprendizaje de los estudiantes y el desarrollo profesional. En consecuencia, los entornos de prácticas externas tienen importancia dentro del marco educativo (2).

En este entorno, el tutor de empresa en ciencias de la salud asume un papel crucial en la configuración de las conductas de aprendizaje de los estudiantes y en la facilitación de la adquisición de competencias clínicas (3). Entre sus propósitos destacamos la formación, la orientación y el apoyo a los estudiantes, transfiriendo conocimientos adquiridos en el aula a la solución de problemas y necesidades clínicas, así como la evaluación en las competencias relacionadas con los procedimientos, habilidades y actitudes (3). En ciertos países como España, Australia, Nueva Zelanda y Alemania, el entorno de aprendizaje en prácticas externas representa el 50% del plan de estudios (3).

La satisfacción se define como la capacidad de los tutores para comparar los beneficios deseados con los observados en el servicio educativo, lo que genera una percepción de satisfacción de los estudiantes con su entorno de aprendizaje (4,5). En este sentido, la satisfacción de los tutores de empresa en ciencias de la salud es una variable importante para comprender cómo las prácticas externas pueden influir en el desarrollo de los estudiantes durante su periodo de prácticas y como futuros profesionales, para que puedan trabajar en todas las áreas de práctica y continuar creciendo tanto personal como profesionalmente (6,-8).

Por lo tanto, el presente estudio tiene como objetivo describir la satisfacción de los tutores de empresas e instituciones

sobre las prácticas en los estudiantes de ciencias de la salud.

Métodos

El presente estudio transversal de tipo descriptivo fue dirigido a una población de 1944 tutores de empresas e instituciones (curso académico 2021-2022) y 1718 tutores de empresas e instituciones (curso académico 2022-2023) de la facultad de ciencias de la salud de los grados de enfermería, nutrición humana y dietética y los másteres de emergencia y catástrofes y nutrición y alimentación.

El muestreo fue no probabilístico por conveniencia según la disposición de los tutores de empresa en participar en el estudio. Se utilizó los datos del cuestionario de satisfacción de la unidad técnica de calidad de la Universidad de Alicante, a través de un instrumento conformado por cuatro dimensiones y un total de 11 ítems que miden la información sobre la adecuación de la formación académica a las necesidades de la empresa o entidad colaboradora (A1, A2, A3, A4, A5), la comunicación con los tutores/as académicos de la universidad (B1), la información facilitada por la universidad en relación con las prácticas externas (C1, C2) y el servicio que ha recibido por parte del personal administrativo de la universidad (D1, D2, D3). En todos los ítems respuestas se valoró de 0 (mínima valoración) a 10 (máxima valoración) puntos. Con un nivel de confianza de 95% (2 sigmas) y $p=q$.

El cuestionario se envió por correo electrónico con carácter voluntario, confidencial y anónimo. La versión se elaboró en soporte electrónico con la plataforma de la universidad uacloud. Este formulario contenía: la carta de presentación, el consentimiento informado y el cuestionario de satisfacción. El cuestionario permaneció vigente durante los meses de septiembre a junio, de los cursos académicos a estudio, como parte de las evaluaciones programadas de la institución educativa.

Se realizó un análisis descriptivo de la población de estudio y de los resultados de los cuestionarios, según la naturaleza de las variables. Se calculó las medias de los puntajes para cada respuesta y para cada dimensión. Y se utilizó el programa SPSS versión 24.

Una vez aprobado el estudio por el Comité de Ética de la investigación (Expediente UA-2022-07-06), se cumplió con los principios éticos de la Declaración de Helsinki y se respetó a su vez la confidencialidad y el uso de datos personales según la Ley orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de protección de datos personales y garantía de los derechos digitales. Para evitar revelar la identidad de los participantes, no se les pidió que completaran datos personales, así como direcciones de correo electrónico o IP en el cuestionario enviado.

Resultados

Descripción de la muestra

En el estudio se empleó una muestra para el curso académico 2021-2022 de 1944 tutores de empresas e instituciones de la facultad de ciencias de la salud, de los cuáles

1904 tutores de empresas e instituciones pertenecían a los grados de enfermería y de nutrición humana y dietética. Y 40 tutores de empresas e instituciones, pertenecen a los másteres de emergencias y catástrofes y nutrición y alimentación. Respecto al curso académico 2022-2023, el total de tutores de empresas e instituciones fue de 1718, con una distribución de 1670 para los grados de enfermería y de nutrición humana y dietética. Y de 48 para los másteres de emergencias y catástrofes y nutrición y alimentación.

En la tabla 1 se analizó la participación y sus tasas de respuesta de los tutores de empresas e instituciones.

A continuación, la figura 1 muestra las medias generales de los índices de satisfacción general sumando todos los valores de las 4 dimensiones y calculando la media. También se realizó separado por curso académico. Para el grado de enfermería la media fue de 8,4 puntos. En el grado de nutrición humana y dietética de 8,3 puntos. Con respecto a los másteres, en emergencias y catástrofes el valor fue de 9 puntos y en el de nutrición y alimentación de 8,6 puntos.

La tabla 2 muestra las medias generales de satisfacción de los tutores de empresas

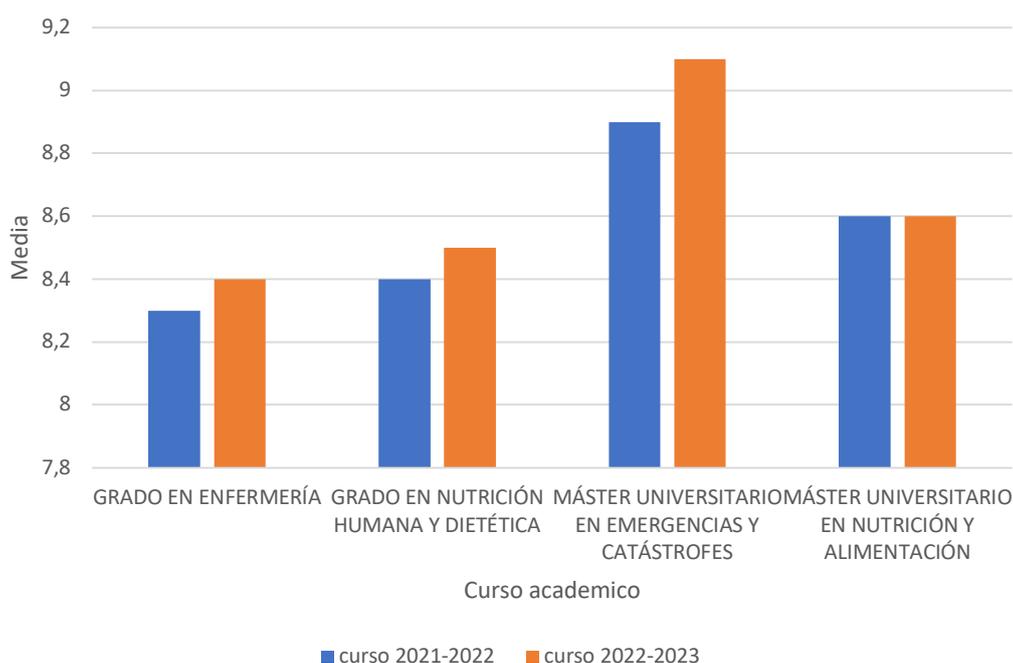


Figura 1. Índice de satisfacción general.

Tabla 1. Características de la muestra y las tasas de respuesta

		Curso académico					
		2021-2022	2022-2023	2021-2022	2022-2023	2021-2022	2022-2023
		Número de tutores (n=1944)	Número de tutores (n=1718)	Número de Respuestas (n=143)	Número de Respuestas (n=496)	Tasa de Respuestas (%)	
Grados	Enfermería	1839	1616	74	453	4	28
	Nutrición humana y dietética	65	54	49	25	75	46
Másteres	Emergencias y catástrofes	27	29	9	16	33	55
	Nutrición y alimentación	13	19	11	2	85	11

Tabla 2. Medias generales de satisfacción por dimensiones en los grados.

	Curso 2021-2022		Curso 2022-2023	
	Grado enfermería (n=74)	Grado Nutrición humana y dietética (n=49)	Grado enfermería (n=453)	Grado Nutrición humana y dietética (n=25)
Adecuación de la formación académica a las necesidades de la empresa o entidad colaboradora	8,4	8,3	8,4	8
La comunicación con los tutores/as académicos de la universidad	8,7	8,6	8,7	8,5
La información facilitada por la universidad en relación con las prácticas externas	8,3	8,2	8,4	8,6
El servicio que ha recibido por parte del personal administrativo de la universidad	7,4	8,4	7,9	8,6

e instituciones en cada una de las dimensiones del cuestionario en los diferentes grados (enfermería y nutrición humana) y cursos académicos (2021-2022 y 2022-2023). En general, se observó los mejores resultados para ambos grados durante el curso académico 2022-2023. La comunicación con los tutores/as académicos de la universidad fue el valor más alto obtenido.

La tabla 3 presenta según las tasas de respuesta, las medias generales de satisfacción de los tutores de empresas e instituciones de cada una de las dimensiones del cuestionario en los másteres. En general se observó mejores resultados para el curso académico 2022-2023. El peor valor se obtuvo en la cuestión relacionada con la adecuación de la formación académica a las necesidades de la empresa o entidad colaboradora.

Discusión

Este estudio describió la satisfacción de los tutores de empresas e instituciones sobre las prácticas en los estudiantes de ciencias de la salud de la universidad de Alicante. Y comparó los resultados por años académicos (2021/2022 y 2022/2023) con las evaluaciones emitidas por las/los tutores de empresas e instituciones de grado y máster empleando como instrumento los cuestionarios de satisfacción de la unidad técnica de calidad. Se observó que las medias generales de satisfacción por dimensiones fueron mejor en el curso académico 2022-2023 tanto para los grados como para los másteres.

Los resultados revelan una baja participación en el grado de enfermería con respecto al grado de nutrición. Del mismo modo también se obtuvo valores bajos en

Tabla 3. Medias generales de satisfacción por dimensiones en los másteres.

	Curso 2021-2022		Curso 2022-2023	
	Máster en emergencias y catástrofes (n=9)	Máster en nutrición y alimentación (n=11)	Máster en emergencias y catástrofes (n=16)	Máster en nutrición y alimentación (n=2)
Adecuación de la formación académica a las necesidades de la empresa o entidad colaboradora	9,1	8,4	8,4	7,8
La comunicación con los tutores/as académicos de la universidad	9,1	8,5	9	8,8
La información facilitada por la universidad en relación con las prácticas externas	8,3	8,2	8,4	8,6
El servicio que ha recibido por parte del personal administrativo de la universidad	8,2	8,7	8,7	9

el máster de nutrición y alimentación. Al igual que otros estudios, este aspecto podría relacionarse con las elevadas exigencias de carga de trabajo y turnicidad en las practica externas de enfermería y con un contacto no tan continuado de estudiantes y tutores de empresas e instituciones o académicos (9).

Se observó buenos valores respecto a la comunicación con el tutor académico, destacando al igual que otros estudios (10) como la labor del tutor académico es una parte de la función docente del profesorado, en la que también se involucran tutores de empresas e instituciones y estudiantes que establecen una relación de ayuda y de participación con un compromiso entre todas las partes. Estos hallazgos corroboran los de Jokelainen et al. (11), quienes afirman que la preparación y organización de las prácticas externas para el aprendizaje es crucial para brindar seguridad a los estudiantes y garantizar un entorno de prácticas con oportunidades de aprendizaje, disposición de los profesionales y apoyo (12).

Uno de los aspectos peor valorados fue la adecuación de la formación académica a las necesidades de la empresa o entidad colaboradora. Este aspecto podría estar relacionado con lo descrito por Moseley et al. (13) y Broadbent et al. (14), quienes indicaron que los tutores de empresas e instituciones deben poseer un conoci-

miento adecuado sobre la situación de sus estudiantes y darse cuenta de que la planificación previa a las prácticas clínicas es crucial para el aprendizaje exitoso de los estudiantes. En este sentido y según lo expuesto anteriormente por Broadbent et al. (14) los tutores de empresas e instituciones generalmente tienen una experiencia positiva, pero requieren una mayor participación de las universidades en su preparación, particularmente cuando son responsables de la evaluación directa de los estudiantes. De este modo, los autores (14) plantean que la mejor manera de lograr esto es que las universidades creen líneas efectivas de comunicación y apoyo continuo. De ahí que los resultados obtenidos en los diferentes grados y másteres del estudio podrían pudieran ser interesantes y útiles para mantener un compromiso colaborativo y significativo con los tutores de empresas e instituciones que asesoran a los estudiantes en sus prácticas externas. (15). Ya que, por el contrario, en distintos estudios que han valorado estas razones en otros contextos de salas de simulación, los estudiantes suelen destacar que no consideran útil lo que están aprendiendo, que no le ven aplicación práctica a la teoría y que no trabajan en situación reales que mejore su adquisición de competencias (16,17).

El nivel general de satisfacción de los tutores de empresas e instituciones con las prácticas externas fue alto, con mayores valores en los tutores de empresas e instituciones de máster respecto a los grados. Esto probablemente se debe a que los estudiantes de másteres se sientan comprometidos con la unidad de prácticas y que los tutores de empresas e instituciones los acepten bien. Además, los estudiantes perciben que el trabajo de los tutores académicos y de empresa es muy satisfactorio (18).

Entre las limitaciones destaca el sesgo de selección (dado que es no probabilístico) y el sesgo de información propio de los estudios transversales que aplican cuestionario. Como fortaleza, se destacó la importancia de los datos dentro de los estándares de calidad de las universidades para tratar adecuadamente la satisfacción de los tutores de empresas e instituciones sobre las prácticas en los estudiantes de ciencias de la salud de la facultad de ciencias de la salud. Como futuras investigaciones se propone analizar las diferencias entre grado y máster teniendo en cuenta otras variables como el sexo o el lugar de prácticas.

Conclusión

La satisfacción de los tutores de empresas e instituciones sobre las prácticas en los estudiantes de ciencias de la salud pueden considerarse altos, con mayores valores de satisfacción en los tutores de empresas e instituciones de los másteres respecto a los grados.

Destaca como hecho esencial los altos valores obtenidos respecto a una buena comunicación de los tutores de empresas e instituciones con los tutores académicos de la universidad y los estudiantes, para fomentar la relación de ayuda y la participación con un compromiso entre todas las partes. En este sentido, se reforzaría la idea de que realizar prácticas en entornos externos favorables junto con una buena satisfacción y el correcto desempeño en la labor de los tutores de empresas e instituciones y el tutor académico, motivaría a los estudiantes y les ayudaría a adquirir conocimientos.

Financiación

Ninguna.

Conflictos de intereses

Ninguno.

Bibliografía

1. Ahmadi G, Shahriari M, Keyvanara M, Kohan S. Midwifery students' experiences of learning clinical skills in Iran: a qualitative study. *Int J Med Educ.* 2018; 9:64-71. <https://doi.org/10.5116/ijme.5a88.0344>.
2. Ahmadi G, Shahriari M, Keyvanara M, Kohan S. Midwifery students' experiences of learning clinical skills in Iran: a qualitative study. *Int J Med Educ.* 2018 Mar 9; 9:64-71. <https://doi.org/10.1002/nop2.1139>.
3. Nolla Domenjo M. Aprendizaje y practicas clínicas. *Educación Médica* 2019; 20(2): 100-104. 10.1016/j.edumed.2018.12.019
4. Gopal R, Singh V, Aggarwal A. Impact of online classes on the satisfaction and performance of students during the pandemic period of COVID 19. *Educ Inf Technol.* 2021; 1:25. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/33903795>.
5. Vergara-Morales J, Del Valle M, Díaz A, Pérez MV. Adaptación de la escala de satisfacción académica en estudiantes universitarios chilenos. *Psicología Educativa.* 2018; 24: 99-106. <https://doi.org/10.5093/psed2018a15>.
6. Griffiths M, Fenwick J, Gamble J, Creedy DK. Midwifery student evaluation of practice: the MidSTEP tool—perceptions of clinical learning experiences. *Women Birth.* 2020; 33: 440-447. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2019.09.010>.
7. Gamble J, Pallant J, Creedy DK. Evaluation of the Midwifery Student Evaluation of Practice (MidSTEP) tool using Rasch analysis. *Nurse Educ Today.* 2022; 108: 105174. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2021.105174>.
8. Ball KL, Peacock AS, Winters-Chang P. A literature review to determine midwifery students' perceived essential qualities of preceptors to increase confidence and competence in the clinical environment. *Women Birth.* 2022;35(3):211-220. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2021.06.010>.
9. Palese A, Basso F, Del Negro E, Achil I, Ferraresi A, Morandini M, Moreale R, Mansutti I. When are night shifts effective for nursing student clinical learning? Findings from a mixed-method study design. *Nurse Educ Today.* 2017; 2:15-21. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2017.02.005>.
10. Guerra-Martín MD, Lima-Rodríguez JS, Lima-Serrano M. Tutorías y satisfacción: Percepciones de los estudiantes y profesores de enfermería de la Universidad de Sevilla. *Cultura de los Cuidados.* 2020; 24 (56). <http://dx.doi.org/10.14198/cuid.2020.56.17>
11. Jokelainen M, Jamookeeah D, Tossavainen K, Turunen H. Finnish and British mentors' conceptions of facilitating nursing students' placement learning and professional development. *Nurse Educ Pract.* 2013;13 (1): 61-67. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2012.07.008>.
12. Walker S, Rossi D, Anastasi J, Gray-Ganter G, Tennent R. Indicators of undergraduate nursing students' satisfaction with their learning journey: An integrative review. *Nurse Educ Today.* 2016; 43:40-8. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nedt.2016.04.011>.

13. Moseley LG, Davies M. What do mentors find difficult? *J Clin Nurs*. 2008;17(12):1627-34. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2702.2007.02194.x>.
14. Broadbent M, Moxham L, Sander T, Walker S, Dwyer T. Supporting Bachelor of Nursing Students within the clinical environment: perspectives of preceptors. *Nurse Educ Pract*. 2014;14(4):403-9. <http://dx.doi.org/10.1016/j.nepr.2013.12.003>
15. Reese CE, Jeffries PR, Engum SA, Learning together: Using simulations to develop nursing and medical student collaboration. *Nurs Educ Perspect*. 2010;31(1):33-37.
16. Hall K, Tori K. Best practice recommendations for debriefing in simulation-based education for Australian undergraduate nursing students: An integrative review. *Clin Simul Nurs*. 2017;13:39-50.
17. Ali AA, Musallam E. Debriefing quality evaluation in nursing simulation-based education: An integrative review. *Clin Simul Nurs*. 2018; 16:15-24.
18. Donough G, Van der Heever M. Undergraduate nursing students' experience of clinical supervision. *Curationis*. 2018;41(1):1-8. <https://doi.org/10.4102/curationis.v41i1.1833>

Relación entre el apoyo social percibido y el control de la diabetes mellitus tipo 2

Gutiérrez Fueyo, Paola; Martínez García, Lis ; Alonso Lorenzo, Julio César ; Vicente Antón, María José, Martín Gil, Iván

Consultorio Periférico Carbayín Alto (CS Siero-Sariego)

AUTOR DE CORRESPONDENCIA: paola.gutierrez@sespa.es

Manuscrito recibido: 28/05/2024

Manuscrito aceptado: 06/09/2024

Cómo citar este documento

Gutiérrez Fueyo, P, Martínez García, L, Alonso Lorenzo, JC, Vicente Antón, MJ, Martín Gil, I. Relación entre el apoyo social percibido y el control de la diabetes mellitus tipo 2. *Quantitative and Qualitative Community Research RqR*. 2024 Nov; 12 (2): 33-46.

Original

RESUMEN

Objetivo: Conocer si existe relación entre el apoyo social percibido (ASP) y el control de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2).

Metodología: Estudio descriptivo transversal multicéntrico. Se empleó el cuestionario Medical Outcomes Study-Social Support Survey (MOS) para valorar el ASP y la hemoglobina glicosilada como indicador del control de la enfermedad. Se calcularon medias, desviaciones típicas, porcentajes, además de asociación y regresión logística de las variables.

Resultados: El tamaño muestral fue de 203 personas (74% de participación). El 88,7% de la población tiene un MOS alto con una buena percepción sobre el grado de control de su

diabetes del 78,3% ($\chi^2 23,2$ $p=0.006$). El nivel del MOS se asocia positivamente con el número de convivientes y con el tamaño de la red social ($p<0,001$).

En la puntuación por género destaca un menor ASP en las mujeres en las dimensiones de apoyo instrumental e interacción social.

El 62,8% de los sujetos con MOS alto tienen un buen control de su diabetes, mientras que de los que presentan MOS bajo, un 43,5% tienen buen control ($p=0,074$).

Conclusión: El ASP por los participantes es elevado y en general hay un buen control de su enfermedad. En este estudio se ha encontrado relación entre el ASP y el control de la DM2 en los pacientes que son tratados con antidiabéticos orales.

Palabras clave

Atención Primaria de Salud, Apoyo Social, Diabetes Mellitus

Relationship between perceived social support and control of type 2 diabetes mellitus

Abstract

Objective: To know if there is a relationship between perceived social support and control of type 2 diabetes mellitus.

Methodology: Descriptive, cross-sectional, multicenter study. The MOS questionnaire was used to assess ASP and glycosylated hemoglobin as an indicator of disease control.

Means, standard deviations, percentages, as well as association and logistic regression of the variables were calculated.

Results: The sample was 203 people (74% participation). 88,7% of the population has a high MOS with a good perception of the degree of control of their diabetes of 78,3% (Chi2 23,2, $p=0,006$). The MOS level is associated with the

number of cohabitants and the size of the social network ($p<0,001$).

In the gender score, a lower ASP stands out in women in the dimensions of instrumental support and social interaction.

A 62,8% of the subjects with high MOS have good control of their diabetes; on the other hand, those with low MOS 43,5% have good control ($p=0,074$).

In the cases treated with oral antidiabetics, 67,4% with high MOS have good control ($p=0,04$) as well.

Conclusions: The ASP is high in the participants and there is a good control of their disease in general. Despite of this, it has only been possible to establish a relationship between the ASP and the control of type 2 diabetes in patients who are treated with oral antidiabetic drugs.

Key words

Primary Health Care, Social Support, Diabetes Mellitus

Introducción

La diabetes mellitus tipo 2 (DM2) es una enfermedad crónica cuya prevalencia ha ido creciendo progresivamente. En España, un 7,8% de la población sufría diabetes tipo 2 en 2017, mientras que en Asturias su prevalencia era de 8,5%, habiendo aumentado desde 2008 un 3,1%, especialmente a partir de los 55 años (1).

Este aumento de su prevalencia va acompañado de un mayor gasto sociosanitario y mayor número de personas con complicaciones secundarias a esta enfermedad; siendo la diabetes la primera causa de ceguera y de amputaciones no traumáticas de miembros inferiores en adultos, además de aumentar el riesgo de cardiopatía isquémica y trombosis cerebral (2).

Por tanto, controlar el nivel de glucosa en sangre en la DM2 juega un papel fundamental de cara a evitar estas complicaciones a largo plazo (3).

Se ha señalado el apoyo social como un factor determinante en el control de la diabetes, dado que se encuentra estrechamente relacionado con la adopción de comportamientos de autogestión, que permiten a las personas adquirir conocimientos y habilidades para mejorar sus cuidados respecto de la enfermedad (4).

El metaanálisis realizado en 2017 por Song *et al.* (5) concluyó que existe una asociación positiva entre el apoyo social de familia, amigos y profesionales de la salud y el manejo de la diabetes mellitus, pudiendo funcionar como un factor protector. Así, un buen apoyo social estaba relacionado con una mayor adherencia al tratamiento y un mejor autocontrol de la enfermedad, que repercutía en unas mejores cifras de glucemia y en la prevención de complicaciones a largo plazo (3).

Asimismo, el metaanálisis realizado por Magrin *et al.* (6) explica esta asociación; un buen apoyo social otorga a la persona las herramientas para afrontar situaciones estresantes, actuando como efecto tampón y,

además, fomenta comportamientos y actitudes que promueven la salud (independientemente de la existencia de estrés).

Dentro del apoyo social, se ha observado que la familia constituye la fuente principal, siendo el que más fuerza cobra aquel que proviene del cónyuge. En el estudio realizado por Tol *et al.* (4) resultó que el apoyo social cuantitativo era mayor en las personas casadas frente a las solteras, con cifras de hemoglobina glicosilada (HbA1c) inferiores al 8,5%, catalogadas como buen control glucémico.

El apoyo social ha sido recientemente estudiado y se ha observado que no es suficiente con que esté presente, sino que este debe ser percibido como valioso para que genere efectos positivos en la persona. Es decir, aquellos individuos que perciben y saben usar de forma correcta el apoyo social que reciben, muestran mejor control de su diabetes (7, 8).

Por la prevalencia que la diabetes mellitus tipo 2 presenta en el Principado de Asturias y las repercusiones en salud que ello supone, así como por la relación que se ha reflejado en otros estudios entre el apoyo social percibido y dicha enfermedad, se ha decidido estudiar la relación entre ambos parámetros en una población del área sanitaria IV (Oviedo), de los centros de salud de Ventanielles y Pola de Siero.

Los objetivos de este estudio son; por una parte, conocer si existe relación entre el apoyo social percibido por las personas con diabetes mellitus tipo 2 y el control de su enfermedad. Por otro lado, conocer si la relación entre la diabetes mellitus tipo 2 y el apoyo social percibido sufre variaciones en función del sexo, la edad, el tipo de tratamiento, los años de evolución de la enfermedad y residir en un entorno urbano o rural.

Metodología

Diseño

Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal.

Muestra

La población a estudio fueron personas diagnosticadas de diabetes mellitus tipo 2, de entre 18 y 80 años con tarjeta sanitaria adscrita al centro de salud de Ventanielles o de Pola de Siero. Debían de cumplir los criterios de inclusión de tener una cifra de hemoglobina glicosilada (HbA1c) registrada en los 24 meses previos a la realización del estudio (previamente el periodo era inferior, pero se decidió ampliar dado que el mismo fue realizado durante el periodo de pandemia Covid-19), y quedaban excluidos pacientes que no pudieran percibir su grado de apoyo social (demencias, trastornos psíquicos) y/o que estuvieran institucionalizados.

Por otro lado, los siguientes motivos eran causantes de excluir al sujeto del estudio: errores de codificación del diagnóstico o trasladados al pasivo de la Historia clínica Electrónica (HCE), falta de respuesta al teléfono tras cuatro llamadas en distinta hora y fecha, número de teléfono erróneo, ingreso hospitalario, no poder comunicarse por vía telefónica para responder a la entrevista y rechazo a participar en el estudio o fallecimiento.

Se seleccionó una muestra de 274 personas, mediante muestreo aleatorio simple, de entre los pacientes diagnosticados con diabetes mellitus tipo 2, un 50% adscritos al centro de salud de Ventanielles y el 50% restante al de Pola de Siero. Esta fue recibida en septiembre de 2020.

Variables y método de recogida de datos

Las principales variables a estudio fueron el apoyo social percibido y el control de la diabetes mellitus, la cual fue recodificada en bueno o malo usando como punto de corte 7% (9).

Se recogieron además distintas variables sociodemográficas como: edad, sexo, estado civil, nivel educativo y otras tales como años de evolución de la diabetes, número de convivientes, percepción de su control de la enfermedad y tratamiento al que estaban sometidos para la misma.

Para cuantificar la variable apoyo social percibido, se ha utilizado el cuestionario MOS validado desde 2005 por De La Revilla para Atención Primaria en España (10, 11).

Este cuestionario permite tener una visión multidisciplinar del apoyo social, conociendo la dimensión estructural, mediante el tamaño de la red familiar y extrafamiliar (con el primer ítem) y la dimensión funcional, de carácter subjetivo. Dentro de esta dimensión existen: el apoyo emocional, que comprende empatía y cariño, el instrumental, que comprende aquellas conductas que ayudan directamente a quien lo necesita, el informativo, que proporciona consejo o información a una persona permitiéndole utilizarlo para hacer frente a situaciones estresantes, el afectivo, que se corresponde con las expresiones de afecto y amor que recibe y, por último, la interacción social positiva, que evalúa el tiempo que pasa con el grupo (12). Estas variables se miden mediante una escala tipo Likert que puntúa desde 1 (nunca) hasta 5 (siempre). midiendo las cuatro dimensiones del apoyo social funcional comentadas previamente mediante una escala Likert, que puntúa desde 1, nunca, hasta 5, siempre (10).

Los ítems se corresponden con las distintas dimensiones del apoyo social funcional mencionadas previamente: el emocional (preguntas 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19), el instrumental (preguntas 2, 5, 12 y 15), el afectivo (preguntas 6, 10 y 20) y la interacción social positiva (preguntas 7, 11, 14 y 18).

Los puntos de corte para categorizar cada una de estas dimensiones en alto o bajo apoyo social percibido fueron 24, 12, 9 y 12 puntos para cada dimensión respectivamente, siendo una puntuación me-

nor un ASP bajo para esa dimensión, y una puntuación igual o superior un ASP alto (10).

La puntuación total del cuestionario MOS se obtiene de la suma de estos ítems, que se evalúa como: menor o igual de 57, bajo o medio ASP y mayor o igual de 58, alto ASP.

Se realizó un pilotaje a 10 participantes para valorar el tiempo de aplicación del cuestionario y la comprensión de las preguntas, estableciéndose unos 10-15 minutos por participante.

Se obtuvo autorización del Comité de Ética de Investigación del Principado de Asturias (2 de julio de 2020, código 2020.328). Posteriormente, se obtuvieron los datos de las personas seleccionados en la muestra a través de la extracción de datos automatizada de la HCE.

Se informó previa entrevista a los integrantes de la población a estudio sobre la realización de una investigación por parte de residentes de Enfermería Familiar y Comunitaria, solicitando consentimiento en la propia llamada. Se recordó que la participación en el estudio era totalmente voluntaria y sus datos personales serían tratados mediante codificación, asegurando así la anonimidad y confidencialidad total, y que los mismos no serían usados para otro fin diferente de este estudio. Las entrevistas telefónicas fueron realizadas entre octubre y diciembre de 2020 a personas usuarias de los centros de salud mencionados, y los datos registrados en una hoja de Excel, que incluía el cuestionario MOS.

Análisis de datos

Se realizó un análisis descriptivo de las variables estudiadas con tablas de frecuencias, números de casos, medias, desviaciones estándar y medianas. Se han estudiado las asociaciones mediante análisis bivariados por medio de pruebas de comparación de medias: T-Student y ANOVA o de proporciones (Chi-cuadrado de Pearson y Test

Exacto de Fisher). También se realizó un análisis de regresión logística para estudiar el posible efecto del MOS sobre el control de la hemoglobina en los diabéticos controlado por otros factores confusores.

Se empleó el paquete estadístico Statistical Package for the Social Sciences (SPSS-PC).

Resultados

La muestra final estuvo conformada por 203 pacientes con DM2 que cumplían los criterios de inclusión y aceptaron participar en el estudio, representando el 74,1% de la muestra inicial. Los motivos de los casos que no entraron en el estudio fueron los siguientes: en 10 casos (3,6%) se trataba de un error de codificación del episodio o no presencia en la base de datos activa de la HCE, 23 personas (8,4% de la muestra) no cumplían criterios de inclusión (por estar institucionalizados, tener una enfermedad que les impidiese responder o por ausencia de resultado de hemoglobina glicosilada en el periodo definido), 11 personas (4%) rechazaron participar en el estudio, de entre ellas, 3 por negación de su enfermedad, 8 (2,9%) habían cambiado de domicilio, 2 (0,7%) no se encontraban en el mismo y en 17 casos (6,2%) no obtuvimos respuesta tras realizar cuatro llamadas en distintos momentos.

Descripción de la población estudiada

El 57,1 % de los encuestados fueron hombres y el 42,9 % mujeres, siendo la media de edad de la muestra 64,8 años. De ellos, el 36,9% vive en un entorno rural, mientras que el 63,1% lo hace en un entorno urbano (zonas geográficas de Oviedo o Pola de Siero).

Respecto al nivel de formación, un 63,1% de la muestra refiere tener estudios primarios, frente a un 35% que posee estudios medios y superiores (Tabla I).

Tabla I. Características generales de la población estudiada. (N=203)

Característica	Recuento y proporción
Sexo	
Femenino	87 (42,9)
Masculino	116 (57,1)
Urbano/rural	
Medio urbano	128 (63,1)
Medio rural	75 (36,9)
Nivel de estudios	
Sin estudios o primarios	132 (65,1)
Secundarios (y Formación Profesional)	43 (21,2)
Universitarios	28 (13,8)
Estado civil:	
Soltera/o	23 (11,3)
En pareja	4 (2)
Casada/o	140 (69)
Divorciada/o	11 (5,4)
Viudo/a	25 (12,3)
Número de convivientes declarados:	
Ninguno	28 (13,8)
Uno	93 (45,8)
Dos	48 (23,6)
Tres	17 (8,4)
Cuatro o más	17 (8,4)
Tratamiento:	
No farmacológico	19 (9,4)
ADOs	150 (73,9)
Insulina	8 (3,9)
Insulina y ADOs	26 (12,8)

El tiempo medio de evolución de la diabetes tipo 2 en la muestra es de 10,8 años (desviación estándar (D.E.) = 6,7) con una media de hemoglobina glicosilada en los últimos 24 meses de 6,9 (D.E. = 1,3). El 60,6% de la población a estudio mostró valores inferiores a 7,0 de hemoglobina glicosilada, lo que se etiquetó como "Buen control" de la DM2. Respecto a las medias de HbA1c, no se observaron diferencias estadísticamente significativas por grupos de edad ni sexo.

Un 73,9% de los participantes está a tratamiento con antidiabéticos orales (ADOs), mientras que un 12,8% lo está con insulina y ADOs, un 3,9% solamente con insulina y un 9,4% con alimentación y ejercicio físico.

En cuanto al número de convivientes, fue agrupado en 3 categorías: personas que viven solas, las cuales representan el 13,8% de la muestra, con un conviviente 45,8% y con 2 o más convivientes un 40,4%.

El 69% de los participantes en el estudio están casados, un 11,3% solteros, un 5,4% divorciados o separados y un 12,3% viudos.

Se realizó un análisis del tamaño de la red social respecto del sexo y del grupo de edad mediante ANOVA, no obteniendo diferencias significativas entre las variables.

Se estudió el tamaño de la red social declarada en el cuestionario, que representa el ítem 1 del cuestionario MOS. Las respuestas se encontraron entre un mínimo de 1 y un máximo de 40, siendo la media de 7,5 amigos y familiares cercanos (IC 95%: 6,8-8,2 y D.E.: 5,3), y su mediana de 6. El tamaño de la red social no difería según sexo ni por grupos de edad. La comparación de medias no presentaba valores significativos.

Descripción de los resultados del cuestionario MOS

La media de la puntuación de la encuesta ha sido 82,9 sobre un máximo de 95, con una desviación estándar de 17,9. Tras realizar el análisis de T-Student para muestras independientes hemos obtenido que existen diferencias significativas (p valor < 0,05) para la puntuación por género, siendo la media superior en hombres.

Se dividió la variable en dos categorías; MOS alto y MOS bajo (usando como punto de corte 57 puntos). El 88,7% de la muestra presentó un MOS alto (IC95%: 84,1-93,3).

Los resultados de esta investigación en referencia al cuestionario MOS fueron analizados según las cuatro dimensiones del apoyo social mencionadas previamente en el apartado de "Material y métodos".

En la dimensión de apoyo emocional, la puntuación media ha sido 35,2 sobre un máximo de 40. En la de apoyo instrumental, la media ha sido 16,9, sobre una puntuación máxima de 20. En la de apoyo afectivo, la media ha sido 13,1 sobre un máximo de 15 puntos. En cuanto a la interacción social positiva, la media ha sido 17,6 sobre un máximo de 20 puntos.

Ítems por género

En relación con el género, se ha detectado menor percepción de apoyo social en las mujeres, especialmente en las dimensiones de apoyo instrumental (ítems: 2 "Alguien que le ayude cuando tenga que estar en la cama", 3 "Alguien con quien pueda contar cuando necesita hablar", 12 "Alguien que le prepare la comida si no puede hacerlo" y 15 "Alguien que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo") y de interacción social positiva (ítems 7 "Alguien con quien pasar un buen rato", 11 "Alguien con quien pueda relajarse", 14 "Alguien con quien hacer cosas que le sirvan para olvidar sus problemas" y 18 "Alguien con quien divertirse"), en todos ellos la media de las mujeres es inferior

a la de los hombres, con diferencias estadísticamente significativas (p valor $< 0,05$) mediante análisis T-Student (Tablas II y III).

Relación del MOS con otras variables

El apoyo social percibido, valorado mediante la puntuación total en el cuestionario MOS fue estudiado junto a otras variables;

Respecto al número de convivientes, se agregaron en tres categorías y fueron analizados mediante la prueba Chi-cuadrado de Pearson, obteniendo resultados estadísticamente significativos (p valor $< 0,05$), así como asociación lineal, por lo que, a mayor número de convivientes, mayor apoyo social percibido.

De la misma forma, el tamaño de la red social también mostró asociación positiva respecto al MOS, con un valor de $p < 0,001$ tras realización de la prueba Chi-cuadrado (Figura I).

Respecto al nivel de estudios, el porcentaje de personas sin estudios o con estudios primarios que mostraron un MOS alto fue de 85,6%, el de personas que tenían estudios secundarios de 93% y el de

Tabla II. Puntuación media en hombres y mujeres de las cuatro dimensiones del apoyo social del cuestionario MOS

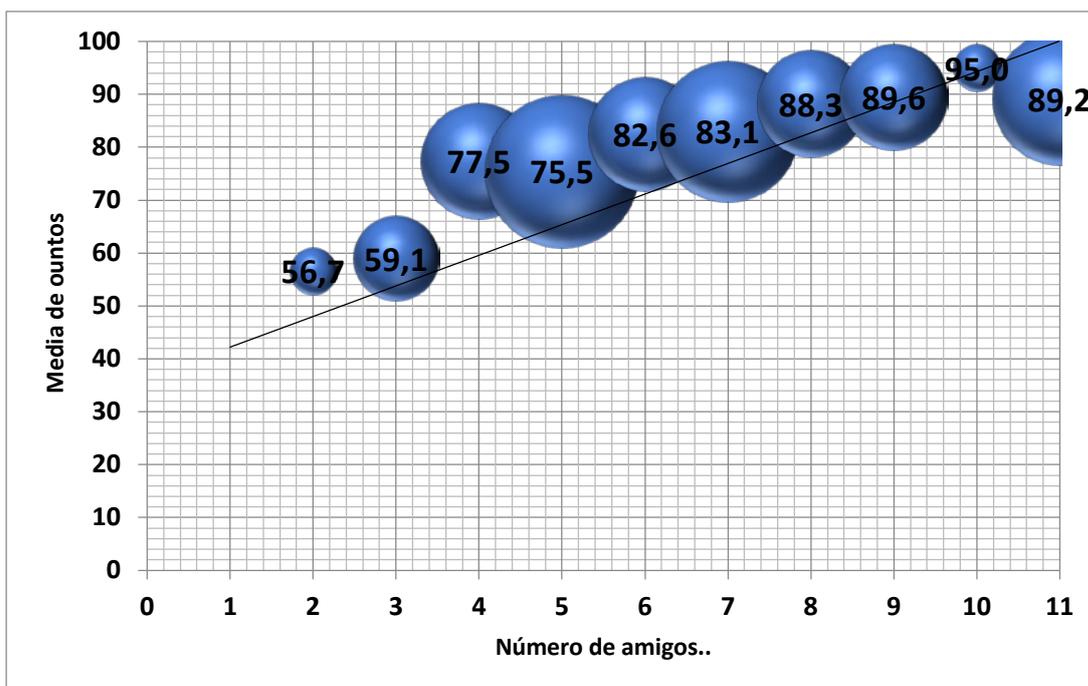
		Media	Desv. estándar	Valor T	Significación	Diferencia de las medias		
						Diferencia	Límite inferior IC	Límite superior IC
Apoyo emocional	Hombre	36,01	7,514	1,521	0,130	1,871	-0,559	4,300
	Mujer	34,14	9,450					
	Total	35,21	8,428					
Apoyo instrumental	Hombre	17,76	4,381	2,648	0,009	1,851	0,471	3,230
	Mujer	15,91	5,299					
	Total	16,97	4,871					
Apoyo afectivo	Hombre	13,22	3,714	0,397	0,692	0,213	-0,845	1,270
	Mujer	13,01	3,826					
	Total	13,13	3,754					
Interacción social positiva	Hombre	18,43	3,196	2,843	0,005	1,776	0,541	3,011
	Mujer	16,66	5,126					
	Total	17,67	4,216					

Nota: el apoyo instrumental y la interacción social positiva resultaron estadísticamente significativas

Tabla III. Puntuación media de cada ítem del cuestionario MOS por sexo y resultados de T-Student

	Sexo	Media	Desviación típ.	Prueba T para la igualdad de medias		
				T	Significación (bilateral)	Diferencia de medias
M1 N de amigos y familiares cercanos	Hombre	7,92	5,072	1,1195	0,234	0,911
	Mujer	7,01	5,59			
M1 agrega N amigos y fam agregado	Hombre	2,03	0,768	1,568	0,118	0,172
	Mujer	1,86	0,78			
M2_Ayuda si está encamado	Hombre	4,45	1,281	3,111	0,002 ^a	0,69
	Mujer	3,76	1,745			
M3_Hablar	Hombre	4,78	0,647	2,507	0,014 ^a	0,362
	Mujer	4,41	1,225			
M4_Recibirconsejo	Hombre	4,61	0,892	1,128	0,261	0,175
	Mujer	4,44	1,227			
M5_Llevaralmédico	Hombre	4,15	1,578	-1,055	0,293	-0,221
	Mujer	4,37	1,399			
M6_Muestraamoryafecto	Hombre	4,53	1,19	0,88	0,38	0,158
	Mujer	4,37	1,322			
M7_Pasarunbuenrato	Hombre	4,53	1,025	2,5	0,014 ^a	0,466
	Mujer	4,07	1,493			
M8_Entenderunasituación	Hombre	4,61	1,028	-0,056	0,955	-0,009
	Mujer	4,62	1,113			
M9_Confianza	Hombre	4,49	1,131	0,71	0,479	0,124
	Mujer	4,37	1,295			
M10_Abrazo	Hombre	4,39	1,35	-0,38	0,704	-0,072
	Mujer	4,46	1,319			
M11_Relajarse	Hombre	4,72	0,753	2,466	0,015 ^a	0,391
	Mujer	4,33	1,327			
M12_Cocinar	Hombre	4,57	1,196	3,485	0,001 ^a	0,764
	Mujer	3,8	1,764			
M13_Consejodeseado	Hombre	4,35	1,28	1,004	0,317	0,204
	Mujer	4,15	1,537			
M14_Olvidarproblemas	Hombre	4,54	0,955	2,305	0,023 ^a	0,405
	Mujer	4,14	1,416			
M15_Tareasdomésticas	Hombre	4,59	1,15	2,991	0,003 ^a	0,618
	Mujer	3,98	1,649			
M16_Temoresyproblemasíntimos	Hombre	4,41	1,251	2,094	0,038 ^a	0,428
	Mujer	3,98	1,57			
M17_Consejoproblemaspersonales	Hombre	4,4	1,243	1,19	0,236	0,236
	Mujer	4,16	1,501			
M18_Diversión	Hombre	4,63	0,87	3,002	0,003 ^a	0,514
	Mujer	4,11	1,409			
M19_Comprenderproblemas	Hombre	4,36	1,233	1,778	0,077	0,351
	Mujer	4,01	1,498			
M20_Querer	Hombre	4,31	1,483	0,582	0,561	0,126
	Mujer	4,18	1,567			

a. Significación estadística (valores $p < 0,05$)



Nota: El volumen del globo es proporcional al tamaño de la población de cada grupo

Figura I. Puntuación del cuestionario MOS según el número de familiares y amigos cercanos. (N=203)

los que tenían estudios universitarios 96,4 %, no objetivándose diferencias estadísticas en el análisis mediante Chi-cuadrado.

Para el lugar de residencia, el porcentaje de personas que vivían en el medio rural y que percibían un apoyo social alto fue de 89,3%, frente a las personas del medio urbano en el que fue de 88,3%. Tras el análisis estadístico no se obtuvieron resultados significativos.

Con relación al estado civil, el porcentaje de personas solteras que tenían un ASP alto fue de 56,5%, frente a las casadas en las que fue de un 97,2%, aunque no se cumplían los requisitos para el empleo de la prueba Chi-cuadrado.

Comparando el MOS con la autopercepción del control de su diabetes, se observó que las personas que tenían un ASP alto tenían una buena percepción sobre el grado de control de su diabetes en un 78,3%. En cambio, de aquellos que tenían un ASP bajo o moderado, solamente un 52,2% tenía una percepción buena del control de su enfermedad. Tras el análisis con Chi-cuadrado se obtuvieron resulta-

dos estadísticamente significativos, Chi2: 23,2 (p =0,006) (Figura II).

Relación MOS y control de hemoglobina

En cuanto al control de la HbA1c (bueno o malo), se observan diferencias, ya que el 62,8% de los que perciben un apoyo social alto tienen un buen control de su DM, frente a un 43,5% de los que perciben un apoyo social bajo. Pese a ello, no se puede afirmar que las medias de esta variable sean diferentes según el MOS, ya que el resultado del test no fue estadísticamente significativo (p-valor = 0,074).

Por otra parte, se estudió la relación entre estas variables según el tratamiento recibido para la DM2, para ello se realizó una regresión logística donde se obtuvo asociación estadística en los pacientes a tratamiento con ADOs (p valor = 0,024). Esta prueba muestra una Odds Ratio (OR) = 4 (IC95%: 1,2 - 13,4), lo que significa que un MOS alto multiplica por cuatro la posibilidad de tener un buen control de hemoglobina glicosilada. Asimismo, se obtuvieron resultados estadísticamente significativos

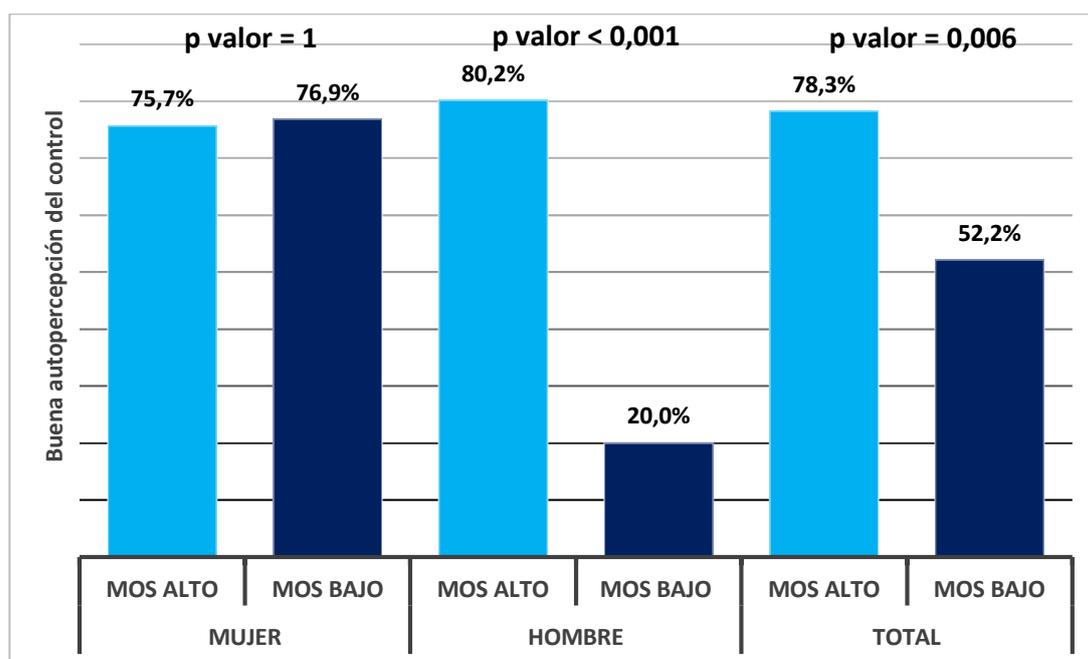


Figura II. Porcentaje de buena percepción de autocontrol de la diabetes mellitus en casos con MOS alto (> 57 puntos) y MOS bajo (\leq 57 puntos). Por sexos y total de la población (N hombres = 116, N mujeres = 87, N total = 203)

en cuanto a la influencia de la edad de los individuos, aunque con un efecto bajo (OR = 1,06). Sin embargo, la relación entre el resultado del cuestionario MOS y el control de la HbA1c no se vio influenciada por los años de evolución de la DM2, por el sexo ni por el nivel de estudios, con un p valor superior a 0,05.

Discusión

En cuanto a los resultados obtenidos en nuestra investigación, podemos afirmar que la percepción general del apoyo social es alta para nuestra población a estudio, y se refleja en las cuatro dimensiones del apoyo social que recoge el MOS.

Respecto a la dimensión de apoyo emocional, la mayoría de la población a estudio posee vínculos afectivos con personas cercanas con las que pueden contar cuando lo necesiten para hablar o buscar soluciones a sus problemas. De la misma forma, la mayoría han confirmado tener a alguien que les ayude cuando tengan que permanecer en la cama, llevarlos al médi-

co o recibir ayuda en las tareas del hogar (apoyo instrumental). La dimensión de apoyo afectivo fue relacionada por los participantes con la presencia de familiares y amigos que les demuestran amor y afecto. Finalmente, en la dimensión de interacción social fue valorada positivamente la presencia de alguien con quien pasar un buen rato, relajarse o hacer cosas que les ayuden a olvidar sus problemas.

Por otra parte, se ha objetivado en el estudio un alto nivel de ASP, relacionado con el número de convivientes, así como con el tamaño de la red social, resultado que concuerda con el estudio de Ponce González J et al (13). Esto significa que, a mayor tamaño de la red social, aumenta el apoyo social percibido. El pilar sobre el que se fundamenta este apoyo está constituido por la familia y la pareja, como se observó en estudios como los de Tol et al. (4) y el de Song et al. (5).

Si bien no detectamos resultados estadísticamente significativos para el total de la población estudiada, si se ha objetivado en el análisis estratificado según el

tratamiento al que están sometidos para el manejo de la diabetes una relación estadística entre el MOS alto y el buen control de esta enfermedad en los pacientes que solo toman ADOs, los cuales representan la mayoría de la muestra (74%).

Los resultados del estudio multivariante muestran que tener un ASP alto multiplica por cuatro la posibilidad de tener un buen control de su HbA1c en determinadas circunstancias.

En general, los datos reflejan que hay un alto porcentaje de buen control de la DM2 en los pacientes de la muestra. Este buen control lo podemos relacionar con los Programas Clave de Atención Interdisciplinar a pacientes crónicos vigentes en Asturias que se basan en la estrategia del Plan Nacional de Salud para el control de las enfermedades crónicas. En el programa referente a la diabetes se busca un objetivo terapéutico de HbA1c inferior a 7%, mediante seguimiento en la consulta de Atención Primaria, se fomenta la modificación de los estilos de vida, educación para la salud y la capacitación respecto al manejo de su enfermedad. Hay un estricto control del paciente, en el que se realiza: control metabólico y analítico, cribado de retinopatía, revisión del pie diabético y control de presión arterial (9).

También se ha evidenciado la relación positiva entre el apoyo social percibido por las personas y su percepción de control sobre la enfermedad. Ello se encuentra influenciado nuevamente por la familia, que actúa como un factor motivador para la adherencia a buenos hábitos de vida y prácticas saludables en relación con la diabetes, fomentando su empoderamiento respecto de esta y por tanto aumentando su autopercepción de control (4, 5, 14).

Respecto al MOS, encontramos diferencias por género en ciertos ítems y en sus respectivas dimensiones, notificando las mujeres menor percepción de apoyo respecto a los hombres, específicamente en las dimensiones instrumental e interacción

social positiva, lo que podría explicarse con la situación cultural presente, donde la mujer es quien se dedica a la realización de las tareas del hogar y al cuidado de la familia, no existiendo una corresponsabilidad de género, que lastra a la mujer en su vida social y laboral y repercute así en un inferior ASP (10).

Dentro de las limitaciones que se han encontrado, la principal es que se trata de un estudio transversal, el cual nos permite conocer la situación actual del tema, pero no establecer la precedencia temporal entre el factor de estudio (ASP) y el efecto (el control de la HbA1c).

Por otra parte, hemos detectado durante la realización de las entrevistas ambigüedad en la comprensión de algunos ítems del cuestionario MOS, ya que se compone de preguntas muy similares, lo que podría haber provocado una respuesta máxima en todos los ítems de las escalas Likert que nos dieron valores globales altos en la puntuación de los cuestionarios. Creemos que este hecho ha podido ser causante de no haber encontrado asociación entre el control de la DM2 y el ASP, como ocurrió en el estudio de Ponce González *et al.* (13), al igual que en el realizado por Poblete *et al.* (7) Sin embargo, existen numerosas investigaciones donde esta relación ha mostrado asociación (15).

Cabe destacar la importancia de la enfermería de Atención Primaria para el buen control y seguimiento de los pacientes diabéticos puesto que las consultas de seguimiento brindan una oportunidad para realizar una escucha activa y detectar personas con bajo apoyo social percibido. Esto nos ayudaría a encontrar herramientas que puedan ayudar a minimizar los efectos negativos de esta falta de apoyo social.

En base a los resultados del estudio, nos parece que puede ser interesante continuar la investigación respecto a la relación entre el apoyo social percibido y la diabetes ampliando las variables a estudio, valorando usar otros cuestionarios de apo-

yo social percibido que complementen al que hemos utilizado. Asimismo, nos parece que podría ahondarse en el estudio de las diferencias por género que hemos visto reflejadas en la investigación.

Conclusiones

En conclusión, el apoyo social percibido por los participantes en la investigación es alto y esto se ha visto relacionado de forma positiva con el tamaño de la red social y el número de convivientes, donde la familia juega un papel fundamental.

No parece que el nivel de ASP se relacione con el entorno donde viven, la edad, el

nivel de estudios ni el tiempo de evolución de la diabetes. Si se evidencian diferencias por género, siendo cuantitativamente menor el apoyo social percibido por las mujeres, específicamente en el apoyo social instrumental y en la interacción social.

Respecto al objetivo principal de nuestro estudio, no se ha observado relación entre el apoyo social percibido y el control de la HbA1c, excepto en el grupo de pacientes a tratamiento con antidiabéticos orales, en los que se ha evidenciado la relación positiva entre un mayor apoyo social percibido con un mejor control de la HbA1c.

Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social (MSCBS). Encuesta Nacional de Salud. España 2017. Principales resultados. 26 junio 2018. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/ENSE2017_notatecnica.pdf
2. Dirección General de Salud Pública Gobierno del Principado de Asturias. Evaluación de la Estrategia de Diabetes Mellitus del Sistema Nacional de Salud en Asturias 2019. 2019. Disponible en: https://www.astursalud.es/documents/31867/816280/Estrategia+DM+SNS_AST_2019_def.pdf/ca7a6fe1-6949-0802-a497-daf5da9441bc
3. Shao Y, Liang L, Shi L, Wan C, Yu S. The Effect of Social Support on Glycemic Control in Patients with Type 2 Diabetes Mellitus: The Mediating Roles of Self-Efficacy and Adherence. *Journal of Diabetes Research*. 2017;2017:1-8
4. Tol A, Baghbanian A, Rahimi A, Shojaeizadeh D, Mohebbi B, Majlessi F. The Relationship between perceived social support from family and diabetes control among patients with diabetes type 1 and type 2. *Journal of Diabetes & Metabolic Disorders*. 2011;10: 1-8
5. Song Y, Nam S, Park S, Shin I, Ku BJ. The Impact of Social Support on Self-care of Patients With Diabetes: What Is the Effect of Diabetes Type? Systematic Review and Meta-analysis. *Diabetes Educ*. 2017;43(4):396-412
6. Magrin ME, D'Addario M, Greco A, Miglioretti M, Sarini M, Scignaro M, *et al*. Social Support and Adherence to Treatment in Hypertensive Patients: A Meta-Analysis. *Ann behav med*. 2015;49(3):307-318

7. Poblete F, Barticevic N, Sapag JC, Tapia P, Bastías G, Quevedo D, *et al.* Apoyo social percibido en pacientes con Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus tipo II en Atención Primaria y su relación con autopercepción de salud. *Rev méd Chile.* 2018;146(10):1135-1142
8. Fukunishi I, Horikawa N, Yamazaki T, Shirasaka K, Kanno K, Akimoto M. Perception and utilization of social support in diabetic control. *Diabetes Research and Clinical Practice.* 1998;41(3):207-211
9. Astursalud. Actualización del PCAI Diabetes [Internet]. Principado de Asturias. Febrero 2013 [actualizado julio 2017; citado 15 febrero 2021]. Disponible en: <https://www.astursalud.es/en/noticias/-/noticias/actualizacion-del-pcai-diabetes>
10. De la Revilla Ahumada L, Luna del Castillo J, Bailón Muñoz E, Medina Moruno I. Validación del cuestionario MOS de apoyo social en Atención Primaria. *Medicina de Familia (And).* 2005; 1:10-18
11. Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS social support survey. *Soc Sci Med* 1991;32:705-712
12. Fachado AA, Rodríguez MM, Castro LG. Apoyo social: Mecanismos y modelos de influencia sobre la enfermedad crónica. *Cad Aten Primaria.* 2013; 19:118-123
13. Ponce González JM, Velázquez Salas A, Márquez Crespo E, López Rodríguez L, Bellido Moreno ML. Influencia del apoyo social en el control de las personas con diabetes. *Index Enferm [Internet].* 2009 [citado 12 enero 2021]; 18(4):224-228. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000400002&lng=es
14. Bautista Rodríguez LM, Ramírez Ordóñez MM, Zambrano Plata GE. Apoyo social en pacientes diabéticos que asisten a instituciones de salud del primer nivel de atención. *Cul Cuid.* 2015; 12(1):38-49
15. Rashid AA, Zuhra H, Tan CE. Social support, self-efficacy and their correlation among patients with Type 2 Diabetes Mellitus: A primary care perspective. *Med J Malaysia.* 2018;73(4):197-201

Diagnósticos enfermeros psicosociales y grado de acuerdo de personas afectadas de Encefalomiелitis Miálgica/Síndrome de Fatiga Crónica: estudio descriptivo

Oter-Quintana, Cristina¹ (RN, MsC); Alameda-Cuesta, Almudena² (RN, PhD); Brito-Brito, Ruymán³ (RN, PhD); Parro-Moreno, Ana Isabel⁴ (RN, PhD); Alcolea-Cosín, María Teresa⁵ (RN, MsC); Esteban-Hernández, Jesús⁶ (PhD)

¹Doctorado en Ciencias de la Salud, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Rey Juan Carlos. Departamento de Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid, Grupo de Investigación en Enfermería y Cuidados de Salud, IDIPHISA. España

²Departamento de Enfermería y Estomatología, Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Rey Juan Carlos. España

³Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de La Laguna. España.

⁴Departamento de Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid. Grupo de Investigación en Enfermería y Cuidados de Salud, IDIPHISA. España.

⁵Departamento de Enfermería, Facultad de Medicina, Universidad Autónoma de Madrid. España.

⁶Departamento de Especialidades Médicas y Salud Pública, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad Rey Juan Carlos. España.

AUTOR DE CORRESPONDENCIA: c.oter@alumnos.urjc.es

Manuscrito recibido :21/06/2024

Manuscrito aceptado: 06/09/2024

Cómo citar este documento

Oter-Quintana, C, Alameda-Cuesta, A, Brito-Brito, R, Parro Moreno, AI, Alcolea-Cosín, MT, Esteban-Hernández, J. Diagnósticos enfermeros psicosociales y grado de acuerdo de personas afectadas de Encefalomiелitis Miálgica/Síndrome de Fatiga Crónica: estudio descriptivo. *Quantitative and Qualitative Community Research RqR*. 2024 Nov; 12 (2): 47-56.

Original

Este proyecto ha sido financiado en la segunda convocatoria de la ayuda a la investigación Mercedes Ugalde Apalategui. Asociación Española de Nomenclatura, Taxonomía y Diagnósticos de Enfermería (AENTDE).

RESUMEN

Objetivo: Describir grado de acuerdo de personas afectadas de Encefalomiелitis Miálgica/Síndrome de Fatiga Crónica (EM/SFC) con etiquetas diagnósticas enfermeras asignadas por Cuestionario para el Diagnóstico Enfermero Psicossocial (CdePS).

Metodología: Estudio descriptivo transversal. Población: personas adultas diagnosticadas de EM/SFC. Muestreo no probabilístico. Datos recogidos entre mayo- julio 2022 usando formulario ad hoc. Medición de grado de acuerdo con etiquetas asignadas por el CdePS mediante escala Likert de cinco puntos. Análisis descriptivo.

Resultados: 48 personas completaron el formulario. Se asignaron las 28 etiquetas diagnósticas enfermeras del CdePS. La más frecuente fue "Impotencia" (79,17%). El 100% a quienes se asignó "Aflicción crónica" y "Desesperanza" se mostraron muy de acuerdo/más bien de acuerdo con ellas. Mayor desacuerdo en "Riesgo de duelo complicado" y "Riesgo de soledad", donde 75% y 60% señalaron estar muy en desacuerdo/más bien en desacuerdo con su asignación.

Conclusión: Elevado porcentaje de acuerdo de participantes con etiquetas diagnósticas asignadas por CdePS.

Palabras clave

Diagnóstico de Enfermería. Síndrome de Fatiga Crónica. Enfermería.

Psychosocial nursing diagnoses and level of agreement of people with Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome: a descriptive study

Abstract

Objective: To describe the level of agreement of people with Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome (ME/CFS) using nursing diagnostic labels assigned by the Questionnaire for Psychosocial Nursing Diagnosis (CdePS).

Methodology: Cross-sectional descriptive study. Population: adults with a ME/CFS diagnosis. Not probabilistic sampling method. The data were collected between May and July 2022 via an ad hoc form. The nursing diagnostic labels were assigned using the CdePS. To measure the level of agreement with them, a 5-point Likert scale was used. A descriptive analysis was conducted.

Results: Forty-eight participants completed the form. The 28 nursing diagnostic labels from the CdePS were assigned. The most frequently assigned label was "Powerlessness" (79,17%). 100% of people who had been assigned the labels "Chronic Sorrow" and "Hopelessness" indicated they strongly agreed/rather agreed with them. The highest disagreement levels corresponded to the "Risk of Complicated Grieving" and "Risk of Loneliness" labels, where 75% and 60% indicated they strongly disagreed/rather disagreed with the label they had been assigned

Conclusions: Participants show a high percentage of agreement with the nursing diagnostic labels assigned by the CdePS.

Key words

Nursing Diagnosis. Fatigue Syndrome, Chronic. Nursing.

Introducción

La Encefalomiелitis Miálgica/Síndrome de Fatiga Crónica (EM/SFC) es una enfermedad crónica y compleja. Su prevalencia según un metaanálisis reciente es del 0,68% [IC 95%=0,48-0,97], con elevada heterogeneidad entre estudios (1). Se caracteriza por la intolerancia al esfuerzo, evidenciada por fatiga intensa, malestar y otros síntomas que se agravan con la realización de esfuerzos mentales y/o físicos, a veces mínimos, que previamente eran bien tolerados por la persona (2). Este malestar post esfuerzo puede aparecer inmediatamente después de aquel que lo desencadenó o retrasarse y extenderse durante días o semanas (3). Otros síntomas de la enfermedad son el deterioro cognitivo, sueño no reparador, intolerancia ortostática o dolor (4). La sintomatología puede experimentar fluctuaciones a lo largo del día, de un día a otro y durante el curso de la enfermedad (3). El grado de afectación de las personas enfermas es variable. En los casos más graves permanecen en cama, requiriendo ayuda para actividades básicas de la vida diaria (5).

La EM/SFC afecta a la vida familiar, social, laboral/educativa y al bienestar emocional de las personas enfermas (5). El desconocimiento de los profesionales sanitarios sobre ella y la dificultad para encontrar anomalías en pruebas diagnósticas convencionales expone a las personas afectadas al descrédito y estigmatización durante su paso por el sistema sanitario, complicando el diagnóstico y tratamiento e incrementando el sufrimiento que acompaña a la enfermedad (6).

Las experiencias y respuestas humanas de personas, familias y comunidades son el fenómeno de interés de la disciplina enfermera (7). El diagnóstico enfermero nombra las respuestas físicas, psicológicas, espirituales y sociales que acompañan a afecciones de salud/procesos vitales (8). Dada la complejidad de estas respuestas y experiencias, contrastar el diagnóstico con

la persona receptora de cuidados ayuda a asegurar la precisión en su interpretación fundamental si se considera el diagnóstico como base para seleccionar el tratamiento enfermero (9). En personas afectadas de EM/SFC esta confirmación tiene en sí misma valor terapéutico, al dotar de significado y legitimar su experiencia de enfermedad.

El objetivo de esta investigación es describir el grado de acuerdo de personas afectadas de EM/SFC con las etiquetas diagnósticas enfermeras asignadas por el Cuestionario para el Diagnóstico Enfermero Psicosocial (CdePS).

Metodología

Estudio descriptivo observacional y transversal. La población de estudio fueron personas adultas con diagnóstico médico de EM/SFC, miembros de una asociación de pacientes ubicada en Madrid. Esta contaba con 429 personas asociadas en el momento de la recogida de datos, de las que 211 habían declarado estar diagnosticadas de EM/SFC. Los datos se recogieron entre mayo-julio de 2022 mediante muestreo no probabilístico (respuesta voluntaria tras ofrecimiento a todas las personas asociadas).

Se recogieron variables sociodemográficas básicas (edad, sexo, estado civil, nivel educativo, reconocimiento de discapacidad y dependencia) y clínicas, como el tiempo desde el diagnóstico médico.

Para identificar las etiquetas diagnósticas enfermeras se empleó el Cuestionario para el Diagnóstico Enfermero Psicosocial (CdePS) (10). Es un instrumento de apoyo al diagnóstico enfermero que permite asignar hasta 28 etiquetas diagnósticas enfermeras del área psicosocial sobre las respuestas dadas a los 61 ítems que integran el cuestionario. La asignación de las etiquetas diagnósticas es provisional, debiendo confirmarse mediante valoración por un profesional enfermero.

El grado de acuerdo de las personas participantes con las etiquetas asignadas por el CdePS se midió mediante escala tipo Likert de 5 puntos: *muy en desacuerdo, más bien en desacuerdo, ni de acuerdo ni en desacuerdo, más bien de acuerdo y muy de acuerdo*.

Los datos se recogieron mediante formulario online creado *ad hoc*. Quienes dieron su consentimiento a participar en el estudio recibieron un enlace de acceso al formulario electrónico. Una vez autocumplimentado se les enviaron los resultados del CdePS, solicitándoseles que indicasen su grado de acuerdo/desacuerdo con las etiquetas asignadas. Para facilitar esta tarea, cada etiqueta diagnóstica asignada se acompañó de una descripción breve y sencilla de su significado.

Se realizó análisis descriptivo de variables sociodemográficas y clínicas, etiquetas diagnósticas enfermeras asignadas por el CdePS, y respuestas referidas al grado de acuerdo de personas participantes con éstas. Para el análisis y la construcción de gráficos se empleó el programa R en su versión 4.3.2, paquete *likert* (versión 1.3.5).

Estudio aprobado por el Comité de Ética de la Investigación de la Universidad Rey Juan Carlos (Número de registro interno: 3011202123321)

Resultados

Cuarenta y ocho personas cumplieron el formulario, con edad media de 52,5 años (DT=6,81) (Tabla 1); en su mayoría mujeres (95,83%), casadas o con pareja de hecho (56,25%) y estudios universitarios (70,83%). Un 66,67% tenían reconocido algún grado de discapacidad y un 16,67% de dependencia. La media de años transcurridos desde el diagnóstico fue de 8,5 años (DT=6,73).

Se asignaron las 28 etiquetas diagnósticas enfermeras del CdePS (Tabla 2). Las más frecuentes fueron "Impotencia", identificada en el 79,17% de las personas parti-

cipantes, "Afrontamiento ineficaz" (62,5%) y "Temor" (62,5%). Obtienen también frecuencias elevadas "Aislamiento social" (58,33%), "Soledad" (47,92%) y "Riesgo de Soledad" (41,67%).

La figura 1 representa la distribución del grado de acuerdo para cada etiqueta diagnóstica enfermera psicosocial incluyendo porcentajes de bloques a uno y otro lado de la respuesta neutra (*ni de acuerdo ni en desacuerdo*). En el 67,85% de ellas la suma de porcentajes de respuesta de las categorías *más bien de acuerdo/muy de acuerdo* superaba el 50%. El 100% de personas que, conforme al CdePS, presentaban "Aflicción Crónica" y "Desesperanza" estuvieron *más bien de acuerdo/muy de acuerdo* con la asignación. Entre las etiquetas diagnósticas enfermeras con porcentajes más elevados de desacuerdo, "Riesgo de duelo complicado" donde un 75% de las personas señalaron estar *más bien en desacuerdo/muy en desacuerdo* con ella, y "Riesgo de Soledad", con un 60% de respuestas en el mismo sentido.

Discusión

Las personas participantes están de acuerdo en un porcentaje elevado de casos con las etiquetas diagnósticas enfermeras asignadas por el CdePS. Es llamativo que los mayores porcentajes de desacuerdo se den en diagnósticos de riesgo. Esto podría explicarse por la ausencia, en el momento actual, de signos y síntomas que alertarían a la persona del problema, a diferencia de los diagnósticos focalizados en el problema, con manifestaciones ya presentes (8).

La etiqueta diagnóstica más frecuente es "Impotencia". Las características de la EM/SFC, en cuanto a su curso variable e impredecible y el estigma que la acompaña hacen que no resulte extraño que las personas afectadas experimenten una pérdida del control sobre su vida personal, bienestar y entorno social, característica de esta etiqueta diagnóstica enfermera(8).

Tabla 1. Características sociodemográficas y clínicas de las personas participantes (n=48).

Característica	N (%)	95% IC ¹
Edad (años)		
		[50-54]
Media (DT) ²	52,5 (6,81)	
Mediana (25%-75%)	52 (47-58)	
Sexo		
Hombre	2 (4,17%)	[0,72%-15,4%]
Mujer	46 (95,83%)	[84,6%-99,3%]
Estado civil		
Casada/o o pareja de hecho	27 (56,25%)	[41,3%-70,2%]
Separada/o o divorciada/o	9 (18,75%)	[9,44%-33,1%]
Soltera/o	8 (16,67%)	[7,97%-30,8%]
Viuda/o	3 (6,25%)	[1,63%-18,2%]
No deseo responder	1 (2,08%)	[0,11%-12,5%]
Nivel de estudios		
Estudios primarios	3 (6,25%)	[1,63%-18,2%]
Estudios secundarios/formación profesional	10 (20,83%)	[11%-35,4%]
Estudios universitarios	34 (70,83%)	[55,7%-82,6%]
No deseo responder	1 (2,08%)	[0,11%-12,5%]
Tengo reconocido algún grado de discapacidad	32 (66,67%)	[51,5%-79,2%]
Grado de discapacidad reconocido		
Grado 2 1%-24%	2 (6,25%)	[1,09%-22,2%]
Grado 3 25-49%	17 (53,13%)	[35%-70,5%]
Grado 4 50%-75%	13 (40,63%)	[24,2%-59,2%]
Grado 5 >=75%	0 (0,00%)	[0,00%-13,3%]
Tengo reconocido algún grado de dependencia	8 (16,67%)	[7,97%- 30,8%]
Grado de dependencia reconocido		
Grado 1	2 (25,00%)	[4,45%-64,4%]
Grado 2	4 (50,00%)	[21,5%-78,5%]
Grado 3	2 (25,00%)	[4,45%- 64,4%]
Años transcurridos desde el diagnóstico (2022)		
		[6,5-10]
Media (DT)	8,5 (6,73)	
Mediana (25%-75%)	7 (4-12)	

¹ IC= Intervalo de confianza ²Desviación Típica.

Por otro lado, la comparativa de la frecuencia con la que las etiquetas diagnósticas se asignan a las personas participantes con los resultados de otras investigaciones que han empleado el CdePS, evidencia la mayor prevalencia de etiquetas diagnósticas psicosociales en el grupo estudiado (11,12). Aunque explicable por diferencias en la población participante, también sería indicativo de la afectación de la esfera psicosocial de las personas afectadas de EM/SFC, en línea con lo señalado en otras investigaciones (13).

Las personas afectadas de EM/SFC, al igual que otros grupos sociales sometidos a procesos de deslegitimación, serían especialmente vulnerables a lo que Fricker (14) denomina *injusticia epistémica*, situación en la que las personas enfermas no son tenidas en cuenta como sujetos de conocimiento, estando su credibilidad disminuida y no dejándose espacio para que puedan dar testimonio de sus experiencias o dotarlas de sentido (15). Por ello, poner nombre y validar las experiencias psicosociales de las personas afectadas por EM/

Tabla 2. Frecuencia de etiquetas diagnósticas asignadas por el CdePS (n=48)

Etiqueta diagnóstica	N (%)	95% IC1
1. Manejo inefectivo del régimen terapéutico	12 (25%)	[14,11%-39,89%]
2. Incumplimiento del tratamiento	12 (25%)	[14,11%-39,89%]
3. Sufrimiento espiritual	5 (10,42%)	[3,9%-23,44%]
4. Sufrimiento moral	11 (22,92%)	[12,51%-37,67%]
5. Mantenimiento ineficaz de la salud	3 (6,25%)	[1,63%-18,21%]
6. Afrontamiento ineficaz	30 (62,5%)	[47,33%-75,68%]
7. Aislamiento social	28 (58,33%)	[43,28%-72,07%]
8. Deterioro de la interacción social	1 (2,08%)	[0,11%-12,47%]
9. Estrés por sobrecarga	11 (22,92%)	[12,51%-37,67%]
10. Ansiedad	1 (2,08%)	[0,11%-12,47%]
11. Temor	30 (62,5%)	[47,33%-75,68%]
12. Aflicción crónica	12 (25%)	[14,11%-39,89%]
13. Desesperanza	8 (16,67%)	[7,96%-30,76%]
14. Impotencia	38 (79,17%)	[64,6%-89,04%]
15. Riesgo de impotencia	7 (14,58%)	[6,54%-28,38%]
16. Baja autoestima situacional	2 (4,17%)	[0,72%-15,43%]
17. Riesgo de baja autoestima situacional	12 (25%)	[14,11%-39,89%]
18. Baja autoestima crónica	20 (41,67%)	[27,93%-56,72%]
19. Soledad	23 (47,92%)	[33,52%-62,64%]
20. Riesgo de soledad	20 (41,67%)	[27,93%-56,72%]
21. Síndrome de estrés-ansiedad	23 (47,92%)	[33,52%-62,64%]
22. Cansancio del rol de cuidador	12 (25%)	[14,11%-39,89%]
23. Riesgo de cansancio del rol de cuidador	2 (4,17%)	[0,72%-15,43%]
24. Déficit de actividades recreativas del cuidador	9 (18,75%)	[9,44%-33,10%]
25. Duelo	12 (25%)	[14,11%-39,89%]
26. Duelo complicado	4 (8,33%)	[2,70%-20,87%]
27. Riesgo de duelo complicado	12 (25%)	[14,11%-39,89%]
28. Trastorno de la imagen corporal	1 (2,08%)	[0,11%-12,47%]

¹ IC= Intervalo de confianza

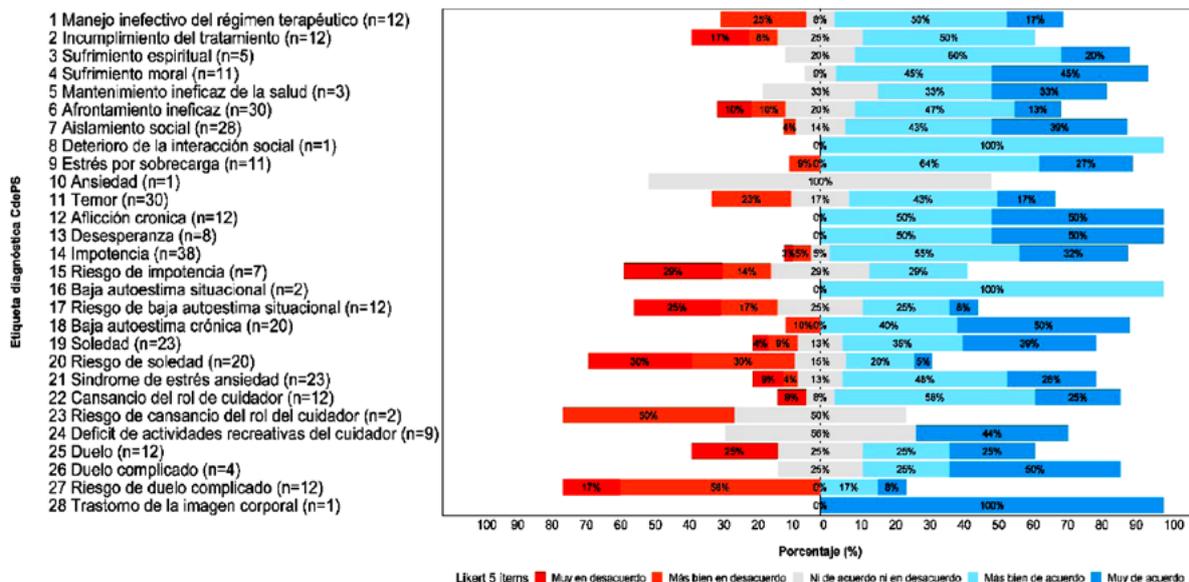


Figura 1. Porcentaje de acuerdo de personas afectadas con las etiquetas diagnósticas asignadas por CdePS

SFC, mediante el diagnóstico enfermero, adquiere especial relevancia.

Por otro lado, contrastar la etiqueta diagnóstica enfermera asignada con la persona afectada es una acción obligada en el proceso diagnóstico (16). No hacerlo expone al riesgo de cosificación de la persona, *"en un remedo de despotismo del cuidado en el que la persona no tiene voz"* (17, p.17).

Respecto a las limitaciones del estudio, la baja tasa de participación de las personas asociadas podría explicarse por las limitaciones que impone la enfermedad para realizar esfuerzos físicos y cognitivos, necesarios para cumplimentar el cuestionario. También es posible que el propio objeto de estudio, centrado en las etiquetas diagnósticas psicosociales, frenara la participación, interpretándose como un cuestionamiento del carácter real y causalidad fisiológica de la EM/SFC, en base a experiencias deslegitimadoras previas (18). El análisis del grado de acuerdo de las personas participantes con las etiquetas diagnósticas enfermeras asignadas por el CdePS se pensó como una forma de contrastar éstas con sus impresiones. Al basar la puntuación del acuerdo en la lectura de la definición de cada etiqueta, interpretación y aplicación a la situación propia, este

método tiene la limitación de que su ratificación o refutación, al margen del diálogo y colaboración con el profesional enfermero, podría resultar cuestionable. A pesar de ello, se considera que ha permitido una aproximación novedosa a lo que las personas estaban experimentando. Al mismo tiempo, el conocimiento referido a la prevalencia de etiquetas diagnósticas enfermeras psicosociales de personas afectadas de EM/SFC se ha considerado de utilidad para la elaboración futura de planes de cuidados estandarizados. Orientados por los resultados de esta investigación, permitirían guiar la atención enfermera, además de posibilitar nuevos estudios que midan el impacto de las intervenciones realizadas ante dichos problemas.

El elevado grado de acuerdo de las personas afectadas con las etiquetas asignadas por el CdePS parece poner de manifiesto la utilidad de esta herramienta para ayudar al profesional enfermero en la identificación de las necesidades de cuidados psicosociales, formulando propuestas diagnósticas contrastadas y ampliamente aceptadas por las propias personas, quienes corroboran y validan dichas experiencias como partícipes del juicio diagnóstico.

Bibliografía

1. Lim EJ, Ahn YC, Jang ES, Lee SW, Lee SH, Son CG. Systematic review and meta-analysis of the prevalence of chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis (CFS/ME). *J Transl Med* [Internet]. 2020;18(1):1-15. doi: [10.1186/s12967-020-02269-0](https://doi.org/10.1186/s12967-020-02269-0)
2. Nacul L, Authier FJ, Scheibenbogen C, Lorusso L, Helland IB, Martin JA, Sirbu CA, Mengs-hoel AM, Polo O, Behrends U, Nielsen H, Grabowski P, Sekulic S, Sepulveda N, Esté-vez-López F, Zalewski P, Pheby DFH, Castro-Marrero J, Sakkas GK, Capelli E, Brundsdlund I, Cullinan J, Krumina A, Bergquist J, Murovska M, Vermuelen RCW, Lacerda EM. European Network on Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome (EUROMENE): Expert Consensus on the Diagnosis, Service Provision, and Care of People with ME/CFS in Europe. *Medicina (Kaunas)*. 2021 May 19;57(5):510. doi: [10.3390/medicina57050510](https://doi.org/10.3390/medicina57050510).
3. CONFESQ, DOLFA, MANCHA, LA SSC, ASSESCA. Documento revisión "Guía de actualización en la valoración de Fibromialgia, Síndrome de Fatiga Crónica, Sensibilidad Química Múltiple y Electrosensibilidad 2ª edición". Encefalomiелitis Miálgica/Síndrome de Fatiga Crónica. Madrid: CONFESQ; 2021.
4. Committee on the Diagnostic Criteria for Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome; Board on the Health of Select Populations; Institute of Medicine. *Beyond Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome: Redefining an Illness*. Washington (DC): National Academies Press (US); 2015 Feb 10.
5. NICE. Myalgic encephalomyelitis (or encephalopathy)/chronic fatigue syndrome: diagnosis and management. London: National Institute for Health and Care Excellence (NICE); 2021 Oct 29.
6. McManimen S, McClellan D, Stoothoff J, Gleason K, Jason LA. Dismissing chronic illness: A qualitative analysis of negative health care experiences. *Health Care Women Int*. 2019 Mar;40(3):241-258. doi: [10.1080/07399332.2018.1521811](https://doi.org/10.1080/07399332.2018.1521811).
7. American Nursing Association. *Nursing: Scope and Standards of Practice*. 3rd ed. Maryland; 2015.
8. Herdman TH, Kamitsuru S, Takáo Lopes C, editores. *Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación*. 2021-2023. 12aed. Barcelona: Elsevier España, S.L.U.; 2021.
9. Lunney M. Critical Need to Address Accuracy of Nurses' Diagnoses. *OJIN: The Online Journal of Issues in Nursing*. 2008 Ene;13(1).doi: [10.3912/OJIN.Vol13No01PPT06](https://doi.org/10.3912/OJIN.Vol13No01PPT06)
10. Brito-Brito PR, Rodríguez-Álvarez C, Sierra-López A, Rodríguez-Gómez JÁ, Aguirre-Jaime A. Diseño y validación de un cuestionario para el diagnóstico enfermero psicosocial en Atención Primaria. *Enferm Clin*. 2012 May-Jun;22(3):126-34. doi: [10.1016/j.enfcli.2012.03.001](https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2012.03.001).
11. Sanz-Sánchez I. Validación y adaptación de un instrumento de medida de funcionalidad biopsicosocial en el ámbito sanitario rural [Tesis doctoral]. La Laguna: Universidad La Laguna; 2017.
12. Brito PR, Aguirre A. *El diagnóstico psicosocial desde una perspectiva enfermera*. Barcelona: Elsevier España; 2014.
13. Fennell PA, Dorr N, George SS. Elements of Suffering in Myalgic Encephalomyelitis/Chronic Fatigue Syndrome: The Experience of Loss, Grief, Stigma, and Trauma in the Severely and Very Severely Affected. *Healthcare (Basel)*. 2021 May 9;9(5):553. doi: [10.3390/healthcare9050553](https://doi.org/10.3390/healthcare9050553).

14. Fricker M. Injusticia epistémica. El poder y la ética del conocimiento. Barcelona: Herder; 2017.
15. Radi B, Pérez M. Injusticia epistémica en el ámbito de la salud: perspectivas desde la epistemología social. Avatares Filosóficos. 2019; S1(5):117-30.
16. Gordon M. Assess Notes: Nursing Assessment & Diagnostic Reasoning. Philadelphia: F.A. Davis; 2008.
17. Guirao JA. Diagnosticar para cuidar. Correo AENTDE. 2008 Dic;11: 13-20.
18. Daniels J, Brigden A, Kacorova A. Anxiety and depression in chronic fatigue syndrome/myalgic encephalomyelitis (CFS/ME): Examining the incidence of health anxiety in CFS/ME. Psychol Psychother. 2017 Sep;90(3):502-509. [doi: 10.1111/papt.12118](https://doi.org/10.1111/papt.12118)

**Quantitative & Qualitative
Community Nursing Research**

Volume 12, Number 2. Dicembre 2024



**Enfermería
Comunitaria**