

Proyecto Transfiere: TRFE- SI-2019/010

Promoción de la salud y vulnerabilidad en el ámbito domiciliario

Universidad de Almería y Asociación de
Enfermería Familiar y Comunitaria (ASANEC)



DOCUMENTO DE CONSENSO



PROMOCIÓN DE LA SALUD Y VULNERABILIDAD EN EL ÁMBITO DOMICILIARIO

DOCUMENTO DE CONSENSO



**UNIVERSIDAD DE ALMERÍA Y ASOCIACIÓN ANDALUZA DE ENFERMERÍA FAMILIAR Y COMUNITARIA
(ASANEC)**

PROYECTO TRANSFIERE 2019 (TRFE-SI-2019/010)

PROMOCIÓN DE LA SALUD Y VULNERABILIDAD EN EL ÁMBITO DOMICILIARIO

Editan:

ASANEC- Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria y Universidad de Almería.

Proyecto transfere 2019 (TRFE-SI-2019/010)

Colaboración: Estrategia de Cuidados de Andalucía. Consejería de Salud y Familias.
Campaña Nursing Now.

Maquetación e impresión: Artes Gráficas Salvador, S. L.

Foto de la portada: Felisa Gálvez Ramírez

Impreso en España

ISBN: 978-84-09-24518-5

Dep. Legal: J795-202

Queda prohibida la reproducción parcial o total de esta obra, por cualquier medio mecánico o digital, sin la debida autorización por escrito de los autores.

Promoción de la salud y vulnerabilidad en el ámbito domiciliario

COORDINACIÓN

María Dolores Ruiz Fernández
Departamento de Enfermería, Fisioterapia y Medicina.
Universidad de Almería

AUTORES

Isabel María Fernández Medina
Departamento de Enfermería,
Fisioterapia y Medicina. Universidad de
Almería

José Manuel Hernández Padilla
Departamento de Enfermería,
Fisioterapia y Medicina. Universidad de
Almería

María Dolores Ruiz Fernández
Departamento de Enfermería,
Fisioterapia y Medicina. Universidad de
Almería

Evangelina Martínez Mengíbar
Vocal de Formación ASANEC
Z.B.S. Bajo Andarax. Distrito Sanitario
Almería. Servicio Andaluz de Salud

Felisa Gálvez Ramírez
Presidenta ASANEC.
Z.B.S. Valle del Lecrín. Distrito
Granada Metropolitano. Servicio
Andaluz de Salud

María del Rosario Ayala Maqueda
Vocal Almería ASANEC.
Z.B.S. Tabernas. Distrito Sanitario
Almería. Servicio Andaluz de Salud

Cayetano Fernández Sola
Departamento de Enfermería,
Fisioterapia y Medicina. Universidad de
Almería

José Granero Molina
Departamento de Enfermería,
Fisioterapia y Medicina. Universidad de
Almería

Manuel Eduardo Ruiz García
Vocal ASANEC Granada
Z.B.S. Las Gabias. Distrito Granada
Metropolitano. Servicio Andaluz de
Salud

María del Mar Jiménez Lasserrotte
Departamento de Enfermería,
Fisioterapia y Medicina. Universidad de
Almería

Máximo Juan Sánchez Ruiz
Tesorería ASANEC
Z.B.S. Armilla. Distrito Granada
Metropolitano. Servicio Andaluz de
Salud

María del Mar López Rodríguez
Departamento de Enfermería,
Fisioterapia y Medicina. Universidad de
Almería

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	8
Tema 1. Población y vulnerabilidad	10
1. Concepto de vulnerabilidad.....	10
2. Vulnerabilidad y salud.	11
3. Marcos teóricos de vulnerabilidad.	12
4. Poblaciones vulnerables.	13
Bibliografía.	15
Tema 2. Atención de enfermería al paciente vulnerable: atención domiciliaria. ...	17
1. La vulnerabilidad desde el punto de vista de enfermería.	17
2. Promoción de la salud y vulnerabilidad.	17
Bibliografía.	22
Tema 3. Atención a la mujer en situación de vulnerabilidad	23
1. Introducción.	23
2. Atención a la mujer embarazada con conductas de riesgo.	24
3. Atención a la mujer cuidadora.	28
4. Violencia de género.....	30
Bibliografía.	34
Tema 4. Atención al niño vulnerable.	37
1. Concepto.	37
2. Factores influyentes en la vulnerabilidad infantil.	37
3. Repercusiones en la salud de los niños en contexto de vulnerabilidad.	40
4. Detección de niños en situación de vulnerabilidad.	41
5. Cuidados al niño en situación de vulnerabilidad.....	42
Bibliografía.	47
Tema 5. Drogadicción y sustancias adictivas.	49
1. Introducción.	49
2. Factores implicados en el consumo de sustancias adictivas.....	49
3. Consecuencias de la drogadicción.....	50
4. Prevención de los problemas relacionados con el consumo de sustancias adictivas.....	51
5. Valoración de los problemas relacionados con el consumo de sustancias adictivas.....	53
6. Tratamiento de los problemas relacionados con el consumo de sustancias adictivas.	54
7. Trabajo con la familia.	56

Bibliografía.	59
Tema 6. Población con problemas mentales.	61
1. Introducción.	61
2. Valoración de las necesidades y entorno sociofamiliar del paciente con problemas mentales.....	61
3. Seguimiento domiciliario del paciente con problemas mentales.	63
4. Paciente en situación de crisis o descompensación aguda.	64
5. Cuidadores de familiares con problemas mentales.	68
Bibliografía.	70
Tema 7. Migración y vulnerabilidad	72
1. Características sanitarias de la población migrante en situación de irregularidad administrativa.....	72
2. Vulnerabilidad frente a enfermedades transmisibles y no transmisibles.....	73
3. Principales enfermedades transmisibles.....	73
4. La mujer migrante.	78
5. Salud Infantil.....	82
Bibliografía.	84
Tema 9. Población Anciana	87
1. Atención al anciano de riesgo.	87
2. Atención al paciente con deterioro cognitivo.....	92
3. Atención al paciente con deterioro físico.....	94
4. Seguimiento del paciente polimecado y con pluripatología.....	96
5. Atención domiciliaria a personas mayores inmovilizadas.	97
6. Malos tratos en el anciano.....	99
Bibliografía.	103
TEMA 10. Cronicidad.....	114
1. Introducción.	114
2. Atención a pacientes con cardiopatía.....	115
3. Atención a pacientes con problemas respiratorios.	116
Bibliografía.	118

PRESENTACIÓN

Con la publicación de este Documento de Consenso de “Promoción de Salud y vulnerabilidad en el ámbito domiciliario” se viene a mostrar el compromiso de las enfermeras de diferentes ámbitos: asistencial, gestión, docencia e investigación para impulsar el valor de la respuesta que como profesionales estamos dando a la ciudadanía, para que puedan y sepan cuidarse y mantenerse sanos, prevenir problemas de salud y manejar e integrar en sus vidas los ya existentes.

Especialmente en la población en situación de mayor vulnerabilidad: cronicidad compleja, discapacidad, maltrato, salud mental, adicciones, inmigrantes, o personas en situación de pobreza entre otros, las enfermeras acompañamos a estas personas en el entorno en el que se encuentren para que a pesar de la adversidad y circunstancias puedan obtener unos cuidados excelentes para mejorar su salud, tanto de los sistemas formales de atención, como para localizar y obtener los apoyos necesarios en el entorno y la sociedad en la que se insertan. En este sentido, cobra especial importancia el papel de los activos comunitarios, que las enfermeras detectan y ponen a disposición de la sociedad para que utilice sus propios recursos en pro de generar un contexto saludable en el entorno, en el que se encuentren los individuos o grupos que componen la población.

Por ello y con el fin de potenciar el cuidado y la capacidad de autocuidados en estos grupos de poblaciones vulnerables, desde la Dirección de la Estrategia de Cuidados de Andalucía/Servicio Andaluz de Salud y conjuntamente, con la Asociación de Enfermería Familiar y Comunitaria (ASANEC) y la Universidad de Almería se publica y se pone a disposición este documento.

Este documento viene a recopilar el mejor conocimiento disponible desde la evidencia generada, con el fin de potenciar mejoras a esta población vulnerable. En su elaboración se ha contado con profesionales con amplia experiencia y prestigio tanto del entorno académico como del ámbito asistencial de la atención primaria, por ello, quiero mostrar mi agradecimiento a todos y todas los y las participantes, a la Universidad de Almería y a la Asociación de Enfermería Familiar y Comunitaria por haber dirigido sus prioridades y esfuerzos a que este documento vea la luz.

Igualmente, al ser este documento coetáneo con la situación de pandemia que como sociedad y desde el sistema estamos viviendo con la aparición del COVID-19, he de resaltar y agradecer el rol protagonista que han tenido las enfermeras dentro del sistema sanitario para afrontar una situación de crisis como la existente, dando respuesta y adaptándose a las nuevas necesidades y situaciones que han ido surgiendo y promoviendo el aprendizaje a la ciudadanía en este nuevo entorno, al tiempo que se han mantenido al lado de los más vulnerables, especialmente en la atención y seguimiento de las personas en sus domicilios y en el ámbito residencial.

Nieves Lafuente Robles

DIRECCIÓN DE ESTRATEGIA DE CUIDADOS ANDALUCÍA

Tema 1. Población y vulnerabilidad

RUIZ FERNÁNDEZ, MARÍA DOLORES
HERNÁNDEZ PADILLA, JOSÉ MANUEL

1. Concepto de vulnerabilidad.

El concepto de vulnerabilidad desde su origen se ha ido modificando y adaptando a diferentes disciplinas, que lo han incluido en su campo de actuación¹. Entre las ciencias que lo han incorporado se encuentran la sociología, medicina, psicología o trabajo social, aunque sus orígenes se encuentran en las ciencias de la naturaleza²⁻⁴. Estudios acerca de los fenómenos geodinámicos, meteorológicos o tecnológicos que originaban catástrofes naturales como pueden ser volcanes en erupción, terremotos, inundaciones, huracanes, entre otros, acuñaron este concepto⁵. Por tanto, este término ha estado muy ligado al concepto de amenaza o riesgo, principalmente enfocado al detonante físico de la catástrofe natural⁴. Posteriormente, ha ido tomando otra perspectiva más general y se ha centrado en las condiciones que favorecen la ocurrencia de la crisis, como son las desigualdades sociales, económicas, políticas y culturales⁶.

La palabra vulnerabilidad deriva del latín *vulnerabilis*, que a su vez está compuesto por *vulnus*, que significa 'herida', y el sufijo *-abilis*, que indica posibilidad; por lo tanto, etimológicamente, vulnerabilidad indica una mayor probabilidad de ser herido o recibir lesión, física o moralmente⁷. El concepto de vulnerabilidad incorpora dos aspectos fundamentales, uno a nivel individual y otro a nivel colectivo⁸. Desde el punto de vista individual, una persona puede ser vulnerable por una serie de factores personales, ya sea por su condición genética, comportamiento o de cualquier índole personal, que no tienen nada que ver con la sociedad en la que vive y las condiciones sociales que determinan su actuación. A nivel colectivo el concepto de vulnerabilidad está más relacionado con los factores sociales, culturales y ambientales propios de una comunidad determinada, que pueden hacer que una población sea más vulnerable.

Los individuos, en cualquier momento de su vida pueden ser vulnerables debido a circunstancias personales o como respuesta a una enfermedad o evento que pueda surgir⁹. Sin embargo, en un colectivo o población vulnerable, no todos los individuos tienen que ser susceptibles de vulnerabilidad. Pueden existir personas que muestran mayor resistencia, resiliencia y capacidad de adaptación, a los factores a los que están expuestos¹⁰.

2. Vulnerabilidad y salud.

Vulnerabilidad significa susceptibilidad y en ciencias de la salud es incorporado con el significado de ser susceptible, ante ciertos problemas de salud¹¹. Un principio que subyace a este significado es el concepto de riesgo relativo, o la probabilidad de enfermar en un determinado tiempo¹². Una población o grupo vulnerable es aquella que es más propensa que otra a desarrollar problemas de salud, bien porque está expuesta al riesgo o por su pobre condición física, psicológica o social, que hace que sea más sensible a enfermar¹³.

Tal y como se observa en la figura 1 las poblaciones vulnerables, a menudo están expuestas a una serie de factores que pueden provenir del ambiente (por ejemplo, exposición a contaminantes ambientales), factores sociales (por ejemplo, violencia o maltrato), hábitos o patrones de conducta (por ejemplo, alimentación inadecuada, fumar) o genéticos (por ejemplo, enfermedades congénitas)¹⁴.

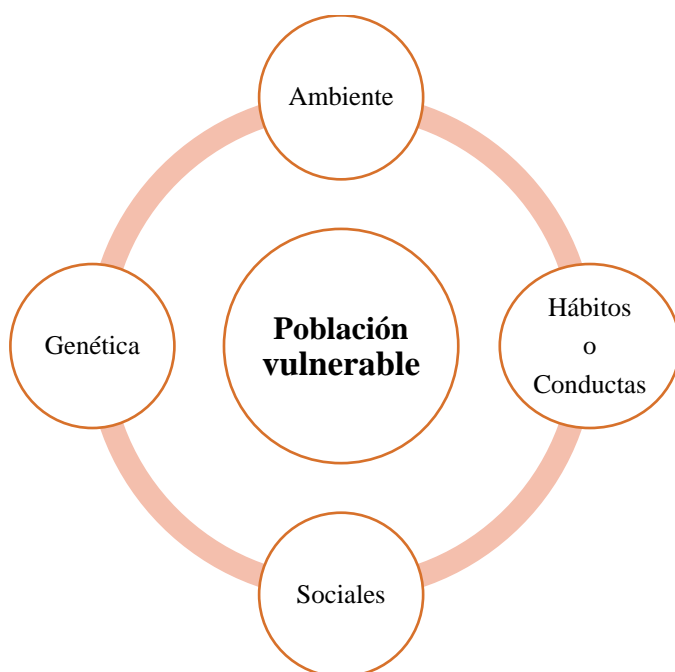


Figura 1. Factores que inciden en las poblaciones vulnerables (elaboración propia)

Las desigualdades sociales en salud, como la baja condición social, económica y escasez de recursos ambientales son el origen de la vulnerabilidad y se manifiestan en la prevalencia de múltiples enfermedades que interacciona entre ellas, junto con una elevada mortalidad^{15,16}. Por tanto, el modelo de salud comunitaria se adapta a esta perspectiva, puesto que es la comunidad y no los individuos de forma aislada, son los que deben ser responsables del bienestar y salud de la población¹⁷. Para ello, se les debe proporcionar los recursos y las oportunidades necesarias para fomentar y mantener la

salud desde el modelo de atención primaria de salud¹⁸. En este sentido, los profesionales de enfermería tienen la capacidad de evaluar, diseñar e implementar estrategias de promoción de la salud e intervención en poblaciones vulnerables¹⁹.

3. Marcos teóricos de vulnerabilidad.

Flaskerud y Winslow²⁰ propone un modelo teórico, basado en el modelo de Aday¹³, que explica el origen de la vulnerabilidad. En este marco teórico se definen tres elementos que interaccionan entre ellos: disponibilidad de recursos, riesgo relativo y estado de salud. En la tabla 1 se muestran los indicadores que corresponden a cada uno de estos elementos.

Tabla 1. Elementos del modelo de vulnerabilidad

Recursos	Riesgo relativo	Estado de salud
Socioeconómicos:	_Estilos de vida.	_Morbilidad.
_Capital Humano (ingreso, empleo, educación y vivienda).	_Comportamientos.	_Mortalidad.
_Integración Social (marginalización, déficit de apoyo social).	_Uso de programas de prevención y promoción.	
_Estatus social.	_Accidentes.	
Ambientales:		
_Calidad de los sistemas sanitarios.		
_Acceso a los servicios de salud.		

El modelo propone que la falta de recursos aumenta el riesgo relativo, es decir la capacidad de las personas para evitar la exposición a factores de riesgo y, por tanto, favorece la enfermedad y las consecuencias derivadas de esta. Por otra parte, el riesgo relativo incide en el estado de salud de la población. La exposición a factores de riesgo provoca mayores tasas de morbilidad y mortalidad en la población. A su vez, el estado de salud provoca una retroalimentación en la disponibilidad de recursos. Un estado pobre de salud, puede conducir a un déficit de recursos (figura 2).

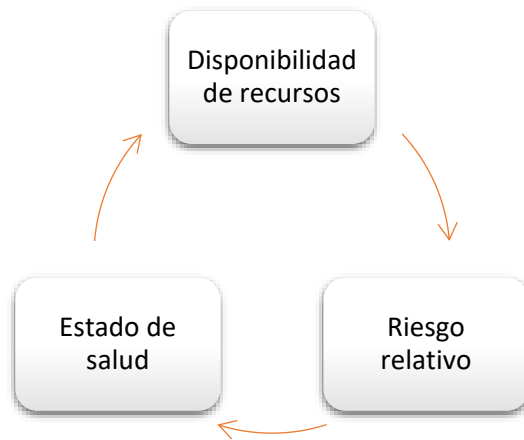


Figura 2. Modelo de riesgo de poblaciones vulnerables

Elaboración: Flaskerud and Winslow²⁰

4. Poblaciones vulnerables.

Los grupos de población vulnerables son aquellos que no solo son, particularmente sensibles a los factores de riesgo, sino que también poseen múltiples factores de riesgo que se han acumulado con el paso del tiempo²¹. Entre los grupos de riesgo o vulnerables destacamos los siguientes colectivos^{9,14,22}:

1. Madres y niños de alto riesgo, como son niños prematuros o embarazos en adolescentes.
2. Personas con enfermedades crónicas y/o algún grado de discapacidad.
3. Individuos víctimas de maltrato o cualquier tipo de abuso, en especial los niños, mayores y las mujeres.
4. Personas que padecen enfermedades infecciosas (VIH, enfermedades de transmisión sexual, Hepatitis B) o se encuentran en situación de inmunosupresión, (SIDA).
5. Personas con enfermedades mentales y/o discapacidad, que interfieren en las actividades de la vida diaria y en las relaciones personales.
6. Individuos con riesgo de suicidio o propensos a cometer delitos, incluido el homicidio.
7. Consumo de alcohol y otras drogas.
8. Personas sin hogar y/o en situación de pobreza.
9. Inmigrantes y refugiados.

En el ámbito de la atención primaria, Riquelme-Heras et al.²³ identificó una serie de pacientes susceptibles de ser población vulnerable:

1. Usuarios que acuden a los servicios de salud en numerosas ocasiones.
2. Pacientes con dos o más diagnósticos de salud, identificados en la historia clínica.
3. Pacientes con diagnósticos inespecíficos o poco frecuentes.
4. Enfermos diagnosticados con una enfermedad crónica, en los que no existe un manejo terapéutico o nivel de autocuidados adecuados.
5. Pacientes con problemas de salud mental, como puede ser ansiedad o depresión.
6. Cuidadores familiares de personas dependientes o con discapacidad.

Bibliografía.

1. García del Castillo JA, Miguel Hernández U. Concept of psychosocial vulnerability in the field of health and addictions. *Health and Addictions*. 2015; 15(1): 5-14.
2. Bourgois P, Holmes SM, Sue K, Quesada J. Structural Vulnerability: Operationalizing the Concept to Address Health Disparities in Clinical Care. *Acad Med*; 2017; 92 (3): 299–307.
3. Beddoes-Ley L, Khaw D, Duke M, Botti M. A profile of four patterns of vulnerability to functional decline in older general medicine patients in Victoria, Australia: A cross sectional survey. *BMC Geriatr*. 2016; 16 (1): 150.
4. Sebastián Sandoval Díaz J, Fava Callejas D, Sandoval Díaz J. Significados y vulnerabilidad social ante el terremoto y tsuna-mi del 27 de febrero del 2010: la dimensión subjetiva desde los “damnificados”. *Summa Psicol UST*. 2016; 13: 23–32.
5. Hufschmidt G. A comparative analysis of several vulnerability concepts. *Nat Hazards*. 2011; 58, 621–643.
6. Wisner B. Vulnerability as Concept, Model, Metric, and Tool. 2016. In Oxford research encyclopedia of natural hazard science.
7. Real Academia Española. Diccionario de la lengua española. 2019. Available from: <https://dle.rae.es/vulnerable>
8. Páez Moreno R. La vulnerabilidad social en la bioética. *Rev Iberoam Bioét*. 2017; 5: 1-14.
9. Chesnay M. Vulnerable populations: vulnerable people. 2005. In: Chesnay, M. ed. *Caring for the vulnerable*. Sudbury, MA: Jones and Barlett: pp. 3–12.
10. Tuohy R, Stephens C. Older adults' narratives about a flood disaster: Resilience, coherence, and personal identity. *J Aging Stud*. 2012; 26(1): 26-34.
11. Stenbock-Hult B, Sarvimäki A. The meaning of vulnerability to nurses caring for older people. *Nurs Ethics*. 2011; 18 (1): 31–41.
12. Leight SB. The Application of a Vulnerable Populations Conceptual Model to Rural Health. *Public Health Nurs*. 2003; 20 (6): 440–8.
13. Aday LA. Health Status of Vulnerable Populations. *Annu Rev Public Health*. 1994; 15(1):487–509.
14. Lancaster J. Vulnerability and Vulnerable Populations. 2017. *Foundations for Population Health in Community/Public Health Nursing-E-Book*, 357.
15. Comisión para Reducir las Desigualdades Sociales en Salud en España. Propuesta de políticas e intervenciones para reducir las desigualdades sociales en salud en España. *Gac Sanit*. 2012; 26 (2): 182-189.
16. Silva TMR da, Alvarenga MRMartins, Oliveira M A de C. Evaluación de la

- vulnerabilidad de familias asistidas en la Atención Básica. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2012; 20 (5): 935-943.
17. Suárez O, Martínez A, García B, Palacio S. Claves para el éxito de la participación comunitaria: diálogos sobre participación en el ámbito local. Informe SESPAS 2018. *Gac Sanit*. 2018; 32: 48-51.
 18. Jain R, Rao B. Health care facility vulnerability in developing nations: strengthening health care policy-making and implementation. *J Public Health*. 2018; 26 (6): 653–62.
 19. Havrilla E. Defining Vulnerability. *Madridge J Nurs*. 2017; 2 (1): 63-68.
 20. Flaskerud JH., Winslow BJ. Conceptualizing vulnerable populations health-related research. *Nurs Res*. 1998; 47 (2): 69-78.
 21. Pacquiao DF. Nursing care of vulnerable populations using a framework of cultural competence, social justice and human rights. *Contemp Nurse*. 2008; 28 (1–2): 189–97.
 22. Aday, L. *At Risk in America: The health and health care needs of vulnerable populations in the United States*. 2001, 2nd edn, Jossey-Bass: San Francisco.
 23. Riquelme-Heras H, Gómez-Gómez C, Gutiérrez-Herrera R, Martínez-Lazcano F, Sierra-Ayala I. Criterios para identificar pacientes vulnerables en Atención Primaria Criteria for identifying primary care vulnerable patients. *Rev Cub Med Gen Integral*. 2016; 32 (1): 18-27.

Tema 2. Atención de enfermería al paciente vulnerable: atención domiciliaria.

MARTÍNEZ MENGÍBAR, EVANGELINA

1. La vulnerabilidad desde el punto de vista de enfermería.

Los individuos, en cualquier momento de su vida pueden ser vulnerables debido a circunstancias personales o como respuesta a una enfermedad o evento que pueda surgir¹. Por ello, el papel de la enfermera es esencial en el proceso de enseñanza al paciente en el manejo de su autocuidado con el objetivo de prevenir que la situación de vulnerabilidad pueda convertirse en una situación de dependencia². La vulnerabilidad debe ser tratada desde un punto de vista positivo, trabajando los activos en salud, tanto a nivel personal como del entorno^{2,3}.

El concepto de salud positiva focaliza la mirada en buscar las acciones que llevan a cabo las personas y familias, para que la comunidad pueda aumentar el control sobre su salud y de esta forma puedan mejorarla o mantenerla. Es en este momento cuando gana importancia la noción de activos en salud que hace referencia a que las personas son capaces de realizar diferentes acciones por su salud aprendiendo en cierto modo a responder a aquellos retos del ambiente⁴.

El cuidado es el fenómeno resultante del proceso de cuidar, donde sucede el encuentro entre enfermera y paciente, y precisamente en este encuentro es donde el proceso de cuidar debe resultar en crecimiento y ocurre independientemente de la curación⁵. De este modo, el cuidado de la enfermera se convierte en un cuidado humano, aunque las acciones enfocadas a actitudes y comportamientos son invisibles desde el punto de vista del cuidado⁶.

La enfermera gestora de casos tiene un papel fundamental dentro de la vulnerabilidad ya que es quien garantiza la utilización de los recursos necesarios para un correcto manejo del caso y una evolución favorable. De esta forma, los reingresos pueden ser minimizados y la evolución hacia la dependencia evitada^{6,7}.

2. Promoción de la salud y vulnerabilidad.

La salud es un derecho humano básico e indispensable para el desarrollo social y económico. La promoción de la salud es un elemento indispensable del desarrollo de la misma. La promoción de la salud es un proceso de capacitación de las personas para ejercer mayor control de su salud y mejorarla. La promoción de la salud actúa sobre los factores determinantes de la salud para derivar el máximo beneficio posible para la

población, reducir la inequidad en salud y garantizar el respeto de los derechos humanos. La meta final es prolongar las expectativas de salud y reducir las diferencias en salud entre países y grupos⁸.

La ley 16/2011, de Salud Pública de Andalucía, en su artículo 68.5 especifica que “se potenciará la identificación y el aprovechamiento de los recursos o activos con los que cuentan las personas y los colectivos como factores protectores para mejorar su nivel de salud y bienestar”. En función de este enunciado, el Plan Andaluz de Salud, contempla como uno de sus seis compromisos “generar y desarrollar los activos de salud de nuestra comunidad y ponerlos a disposición de la sociedad andaluza”⁷. En este modelo que revitaliza la promoción de la salud adquiere importancia el concepto de activos para la salud o el patrimonio de las personas y las sociedades para tener, mantener o mejorar la salud. Un activo para la salud se puede definir como cualquier factor o recurso que potencie la capacidad de los individuos, de las comunidades y poblaciones para mantener la salud y el bienestar⁹.

El paciente vulnerable se beneficiaría con este modelo de la capacitación necesaria para tomar las decisiones oportunas para el correcto mantenimiento de su salud, convirtiéndose de esta forma en lo que se conoce como paciente activo, es decir, un individuo capaz de decidir qué acciones de su vida van a beneficiar más a su salud, junto con enfermería^{9,10}. El paciente activo es aquel que abandona el rol pasivo, para convertirse en una persona con capacidad de autocuidado y de autogestión de su proceso de enfermedad. Por tanto, se convierte en un paciente experto con participación en la toma de decisiones y una mayor responsabilidad con su salud¹⁰.

El autocuidado podemos definirlo como la “actividad aprendida, orientada hacia un objetivo o las conductas que existen en situaciones concretas de la vida dirigidas por las personas sobre sí mismas, hacia los demás, hacia el entorno, para regular aquellos factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar”¹¹. Un paciente activo que está bien informado de su proceso de enfermedad, se convierte en un paciente autónomo y comprometido, por eso es importante dar una información de calidad, implicarlo en aquellas decisiones que le competen e involucrarlo en la mejora de su seguridad, de esta forma estaremos fomentando su autocuidado y autogestión de su proceso. De este modo, nos interesa trabajar con el paciente vulnerable fomentando su autocuidado^{10,11}.

Además, es necesario tener en cuenta la noción de empoderamiento o empowerment, que hace referencia a la transferencia y recepción de poder, entendido como la capacidad de decisión del individuo o comunidad de controlar su salud. El empoderamiento asume que los profesionales y usuarios son iguales y están al mismo nivel. Así, el empoderamiento puede plantearse a nivel¹²:

1. *Individual*: Responsabiliza al individuo de su propia salud, es decir, de su autocuidado. El empoderamiento para la salud individual se refiere principalmente a la capacidad del individuo para tomar decisiones y ejercer el

control sobre su vida personal. Los pacientes empoderados son capaces de tomar decisiones informadas sobre su tratamiento y opciones para la gestión de sus condiciones y la promoción de su salud desde un punto de vista personal, social y sanitario.

2. *Comunitario*: El empoderamiento para la salud de la comunidad supone que los individuos actúen colectivamente con el fin de conseguir una mayor influencia y control sobre los determinantes de la salud y la calidad de vida de su comunidad, siendo éste un importante objetivo de la acción comunitaria para la salud. El empoderamiento se refiere al proceso social, cultural, psicológico o político a través del cual los individuos y grupos sociales pueden expresar sus necesidades, preocupaciones, presentar estrategias para su implicación en la toma de decisiones y desarrollar acciones a nivel político, social y cultural para poder responder a dichas necesidades.
3. *Toma de decisiones compartidas*: Aquel paciente que conoce que es el principal responsable de su salud, decide cuidarse y tiene las habilidades, confianza y motivación para hacerlo, siempre en colaboración con el profesional sanitario.

4. Atención a la vulnerabilidad en el domicilio.

De acuerdo a Torra I. Bou, se puede definir la atención domiciliaria como “un conjunto de actividades que surgen del contexto de una planificación previa, desarrollada por los profesionales que integran el equipo multidisciplinar de atención de salud y que tienen como objetivo proporcionar atención de salud, mediante actividades que incluyen contenidos de promoción , protección , curación y rehabilitación , dentro de un marco de plena corresponsabilización del usuario y/o familia con los profesionales del equipo de salud, en el domicilio de aquellas personas que, debido a su estado de salud o a otros criterios previamente establecidos por el equipo, no pueden desplazarse al centro de atención primaria”¹³.

En la definición expuesta anteriormente se encuentra claramente incluido el paciente vulnerable. En el domicilio del paciente es donde podemos obtener toda la información relevante para realizar una adecuada planificación de nuestras acciones tanto a nivel individual como colectivo^{12,13}.

En el proceso de alta al domicilio desde atención especializada, se debe hacer una identificación de los pacientes o familias vulnerables, que por sus características o por la propia evolución que han tenido durante la hospitalización, son susceptibles de sufrir en mayor grado las consecuencias de la discontinuidad entre niveles. Los grupos prioritarios establecidos por el Servicio Andaluz de Salud son todas aquellas personas que presenten alguna de estas situaciones¹³:

1. Deterioro de la movilidad física y sus modalidades: deterioro de la deambulación o movilidad en cama, dificultades de traslación.

2. Deterioro de la integridad cutánea: úlceras por Presión, vasculares o heridas que precisen cuidados continuados.
3. Conocimientos deficientes sobre su proceso de enfermedad en pacientes que han tenido una hospitalización breve.
4. Manejo inefectivo o incumplimiento del régimen terapéutico.
5. Grandes déficits de autocuidado: alimentación, higiene, vestido, pacientes inmovilizados.
6. Aislamiento social.
7. Confusión (aguda o crónica).
8. Afrontamiento familiar inefectivo (comprometido o incapacitante).
9. Cansancio en el rol de cuidador: real o riesgo.

La visita domiciliaria es una actividad esencial de enfermería, la cual debe encargarse de realizar las actividades que cubran las necesidades de los pacientes y familia, proporcionarles una educación sanitaria fomentando el autocuidado de forma continuada¹⁴. En la figura 1 se muestran los principales elementos a tener en cuenta en la atención domiciliaria.

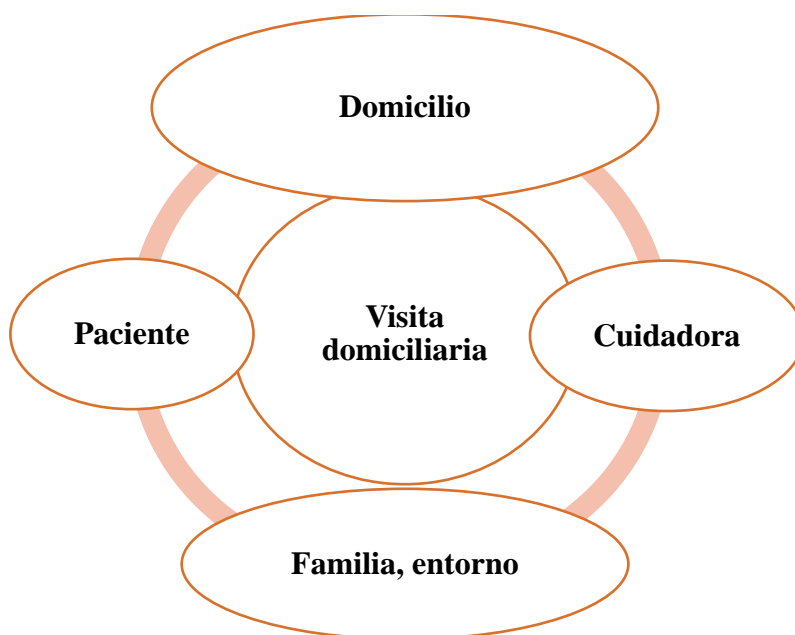


Figura 1. Elementos atención domiciliaria.

Para la realización de la visita domiciliaria es necesario contactar con el paciente y concretar un día y una hora. Previo a la realización de la visita domiciliaria es importante recopilar toda la información recogida en la historia para posteriormente poder contrastarla con lo recogido en el propio domicilio. En el domicilio debe

realizarse una valoración integral del individuo según el modelo de necesidades de Virginia Henderson o los patrones funcionales de Marjory Gordon, así como una detección de los riesgos que limitan la autonomía. Además, durante la visita utilizaremos todas aquellas escalas que nos ayuden a realizar una adecuada valoración (Barthel, Braden, Norton, escala de riesgo de caídas, Pfeiffer). Una vez finalizada la visita domiciliaria, registraremos todo en la historia de salud para que todos los profesionales que intervengan conozcan los objetivos y el plan de intervención con el paciente y cuidadora y/o familia. La atención domiciliaria disminuye la probabilidad de reingresos hospitalarios, el gasto farmacéutico, aumenta el periodo libre de dependencia y aumenta la calidad de vida del paciente y su familia¹⁴.

Bibliografía.

1. Chesnay M. Vulnerable populations: vulnerable people. 2005. In: Chesnay, M. ed. *Caring for the vulnerable*. Sudbury, MA: Jones and Barlett; pp. 3–12.
2. Nichiata LYI, Bertolozzi MR, Takahashi RF, Fraccolli LA. A utilização do conceito "vulnerabilidade" pela enfermagem. *Rev Latino-am Enfermagem*. 2008; 16 (5): 923-928.
3. Torralba F. *Ética del cuidar: fundamentos, contextos y problemas*. Madrid: Institut Borja de Bioética/Mapfre Medicina. 2002.
4. Hernán M, Morgan A, Mena A. *Formación en salutogénesis y activos para la salud*. Escuela Andaluza de Salud Pública, 2010.
5. Waldow VR. *Cuidar: expressão humanizadora da enfermagem*. Petrópolis: Vozes, 2012 (Programa do Livro-Texto).
6. Germán CB, Hueso NF, Huércanos IE. La relación entre globalización y salud y el reto de cuidar. En: Waldow VR. (coord). *Cuidado de Enfermería. Reflexiones entre dos orillas*. Granada: Fundación Index, 2014; pp: 75-93.
7. Johnson S, Bacsu J, Abeykoon H, McIntosh T, Jeffery B, Novik N. No Place Like Home: A Systematic Review of Home Care for Older Adults in Canada. *Can J Aging*. 2018; 37 (4):400-419.
8. World Health Organisation. *Health2020: the European policy for health and wellbeing*. Copenhagen: WHO, 2012.
9. Antonovsky A. Los activos para la salud personales, familiares y comunitarios. *Formación en salutogénesis y activos para la salud*, 2010, 15.
10. Morgan A, Hernan M, Ziglio E. In Morgan A. *Young people and health: social capital for the asset model today*. Advanced seminar: Health promotion, health assets and salutogenesis- experiences in Andalusia and Europe; 2011; Granada: Escuela Andaluza de Salud Pública, 2011.
11. Morgan A, Davies M, Ziglio E. *Health assets in a global context: theory methods action*. New York: Springer, 2010.
12. WHO. *Health Promotion Glossary*. World Health Organization, Geneva, 2011.
13. Ministerio de Sanidad y Consumo. *Guía de buena práctica clínica en atención domiciliaria*. International Marketing & Communication, Madrid. 2005.
14. Waldow Vera R. Cuidado humano: la vulnerabilidad del ser enfermo y su dimensión de trascendencia. *Index Enferm*. 2014; 23 (4): 234-238.

Tema 3. Atención a la mujer en situación de vulnerabilidad

AYALA MAQUEDA, MARÍA DEL ROSARIO
LÓPEZ RODRÍGUEZ, MARÍA DEL MAR

1. Introducción.

Las diferencias que existen tanto a nivel social, psicológico, cultural y biológico en función del género implican, que solamente por el hecho de ser hombre o mujer produzcan un gran impacto¹. De este modo, la salud de la mujer a cualquier edad está condicionada por una serie de variables discriminatorios que depende de las sociedades donde conviven². Los factores socioculturales resultan potencialmente vulnerables en la mujer, en los procesos de desarrollo y en los acontecimientos derivados de su supervivencia³. Entre los factores socioculturales condicionantes de esta situación de discriminación se encuentran⁴:

- Las desigualdades en las relaciones de poder, entre hombres y mujeres.
- Las normas sociales que reducen las posibilidades de recibir educación y encontrar oportunidades de empleo.
- La atención exclusiva a las funciones reproductoras de la mujer.
- El padecimiento potencial o real de violencia física, sexual y emocional.

Tal es el impacto y la preocupación a nivel mundial, que la Organización Mundial de la Salud (OMS), tras consenso crea una estrategia para paliar y revertir estos factores condicionantes de vulnerabilidad y salud en la mujer. La estrategia a desarrollar entre los años (2016 -2030) ha sido denominada como “*La estrategia mundial para la salud de la mujer y el niño y el adolescente*”⁵. Con esta iniciativa, lo que se pretende desde la OMS es lograr la salud y el bienestar del conjunto de las mujeres, los niños y los adolescentes, mediante una serie de medidas a implantar a nivel mundial y que abarcan desde la Naciones Unidas hasta la comunidad, pasando por las condiciones sanitarias que deben de ser propicias para la atención a las mujeres en estas situaciones que las hacen especialmente vulnerables.

En este capítulo se van a tratar los siguientes aspectos en la mujer:

- Atención a la mujer embarazada con conductas de riesgo.
- Atención a la mujer cuidadora.
- Violencia de género.

2. Atención a la mujer embarazada con conductas de riesgo.

El embarazo o gestación se define “*como un período durante el que le embrión se desarrolla y crece en el interior del cuerpo de la madre y cuya duración, comprende desde la fecundación del óvulo hasta el momento del parto*”⁶. Los determinantes sociales pueden influir negativamente en el desarrollo del embarazo y del embrión, así como aparecer factores de riesgo biológico como malformaciones, bajo peso al nacer, enfermedades crónicas y problemas en el embarazo⁶. Por estas circunstancias se hace necesario un control exhaustivo durante el período de gestación y de los agentes sociales, que puedan interactuar de forma negativa en este período⁷. El control del embarazo desde un prisma multidisciplinar en estos casos, hace que se puedan prevenir estas circunstancias⁸.

En la Comunidad Autónoma de Andalucía esta atención se encuadra dentro de un proceso asistencial integrado (PAI). El fin de este proceso es “*aumentar la efectividad de todas las actuaciones clínicas que puedan acontecer a través de una mayor coordinación y garantía de continuidad asistencial. Los PAI sitúan al paciente como el eje central de la organización asistencial*”⁹.

2.1. Consejos preconceptionales.

Se debe valorar el conocimiento y la realización de los consejos preconceptionales, haciendo hincapié sobre una serie de factores¹⁰:

- Necesidad de ingesta de ácido fólico.
- Riesgo de exposiciones laborales o ambientales.
- Necesidad de consejo sobre estilo de vida saludable.
- Fármacos.
- Agentes físicos.
- Infecciones.
- Agentes tóxicos.
- Patología crónica.

La gestante en la que se identifique una necesidad de cuidados adicionales estará sujeta además de a la atención básica, a una atención diferenciada acorde con la necesidad detectada. En la tabla 1 se indican las situaciones de riesgo en una gestante.

Tabla 1. Gestantes en situación de riesgo. Elaboración propia.

GESTANTES CON NECESIDAD DE CUIDADOS ADICIONALES	MUJERES QUE PRESENTAN DETERMINADAS PATOLOGÍAS
<ul style="list-style-type: none"> - Enfermedad cardíaca. - Hipertensión arterial. - Enfermedad renal. - Patología endocrina que precise medicación, incluyendo diabetes insulino-dependiente. - Patología psiquiátrica que precise medicación. - Patología hematológica. - Patología autoinmune. - Epilepsia en tratamiento médico. - Enfermedad maligna 16 PAI Embarazo, Parto y Puerperio. - Asma severa en tratamiento. - Consumo de drogas, tales como heroína o cocaína. - Hepatitis crónica o infección por VIH. - Obesidad (IMC>30) o bajo peso (IMC <18). - Mujeres con alto riesgo de desarrollar complicaciones (fumadoras, mujeres mayores de 40 años). - Mujeres particularmente vulnerables; tales como adolescentes, mujeres sin apoyo social y mujeres inmigrantes que no hablan español. 	<ul style="list-style-type: none"> - Abortos recurrentes (tres o más). - Parto pretérmino. - Preeclampsia grave. - Isoinmunización Rh o presencia significativa de otros anticuerpos antieritrocitarios. - Cirugía uterina: incluyendo miomectomía previa, cesárea o cotización. - Hemorragia antenatal. - Psicosis puerperal. - Gran multiparidad (cuatro o más) - Muerte fetal o neonatal. - Neonato con retraso de crecimiento (por debajo del percentil 5). - Neonato con exceso de crecimiento (por encima del percentil 95). - Nacimiento de neonato macrosómico (más de 4500 gramos) o con bajo peso (menos de 2500g). - Neonato con anomalías congénitas importantes, cromosómicas o estructurales.

2.2.Desarrollo de las primeras visitas de la embarazada.

En esta visita se puede detectar la vulnerabilidad de la mujer en estado de gestación, con la anamnesis que requiere la primera visita¹¹.

1ª Visita. Valoración semana 6-10 de gestación.

- Identificación inequívoca del paciente.

- Esta visita se programará a lo largo de las primeras 8 semanas de gestación preferentemente.
- Indagaremos en esta visita en si es un embarazo deseado o no, y dependiendo de la situación se ofrecerá la **Interrupción Voluntaria del Embarazo**.
- Tendremos en cuenta la multiculturalidad, los valores y determinantes sociales, lo que puede hacer vulnerable a la paciente, ofreciéndole si es preciso apoyo psicosocial. Incluimos en esta visita la **detección de maltrato**.
- Se le hablará de la importancia de la higiene de manos y del uso de guantes si es preciso, al igual del uso de mascarillas en estados de pandemia que pueda amenazar la salud de la gestante y del feto.
- Se realizará historia clínica estructurada con la finalidad de valorar el estado general de la mujer e identificar la necesidad de cuidados adicionales, poniendo especial atención en: Antecedentes personales y familiares, sus hábitos de vida saludables incluyendo adicciones, estado vacunal, gineco – obstetras como su fórmula menstrual, fórmula obstetra, fecha de la última regla, fecha probable de parto y patología obstétrica ginecológica.
- Con todo lo anterior registrado haremos educación maternal, dando consejos preconcepcionales.
- Se le tomará la Tensión Arterial (TA) y se calculará su índice de masa corporal (IMC).
- Se le ofertará la prueba de detección de anomalías congénitas y se le informará de la importancia de ella.
- Se le solicitará analítica que se hará entre la semana 9 y 10 que incluirá, hemograma, determinación del grupo sanguíneo y RH, bioquímica de Sífilis, Rubéola, Hepatitis B y C, VIH, toxoplasmosis, cromatopatías en el caso de que la acepte cuando la hemos informado, O Sullivan, y prueba de disfunción tiroidea en aquellas personas con esta enfermedad o con antecedentes ya que no es rutinaria. En aquellas mujeres embarazadas que procedan de países con enfermedades endémicas se le realizará analítica, además de una bioquímica básica y análisis de orina.
- Se programará cita para la siguiente revisión en Atención Primaria y para el obstetra (semana 11 y 13), con información sobre las clases de preparación al parto y con cita para la analítica.
- Se hará educación sanitaria y se le realizarán de aspectos importantes a tener en el embarazo sobre el uso de antisépticos yodados durante el embarazo, efectos del tabaquismo y las drogas durante el embarazo, alimentación, medidas higiénicas, estilo de vida, relaciones sexuales, toxoplasmosis, importancia de la vacuna antigripal.
- Se valorarán los resultados cuando se obtengan del O'Sullivan para evitar problemas en el embarazo por el desarrollo de una diabetes.

2.3. Embarazo en menores.

Ante el embarazo de una menor nos podemos encontrar con dos situaciones diferenciadas:

1. Que decida interrumpir el embarazo.
2. Que la adolescente quiera continuar con su embarazo.

Si la adolescente quiere continuar su embarazo debemos tener en cuenta que esta situación puede generar una crisis en su vida que puede solaparse con la crisis de la adolescencia, ya que esta situación va a provocar cambios a nivel somático y psicosociales, provocando cambios en su estado anímico y acentuando los conflictos que a su edad se encuentran sin resolver¹². Debemos de tener en cuenta cuáles son las etapas de la adolescencia, considerando, adolescencia temprana la que comprende entre 10 y 14 años, adolescencia media la que se encuentra entre los 15 y 17 años y tardía, la que comprende entre los 18 y 20 años. Es importante considerar estas etapas puesto que el comportamiento de la adolescente estará acorde a la etapa en la que se encuentre, siempre recordando que la situación de embarazo no va a hacer que la adolescente madure y que pueda pasar a otras etapas, por lo que es muy importante preguntar¹²:

- *¿En qué tipo de relación ocurre este embarazo?*
- *¿Qué métodos anticonceptivos utilizaba y con qué regularidad?*
- *¿Qué tipo de información utiliza para tomar las decisiones relacionadas con su embarazo?*
- *¿Cómo piensa que cambiará su vida después del nacimiento de su hijo/a?*
- *¿Vive este embarazo como un triunfo o como un fallo?*
- *¿Cómo afectan los cambios físicos y el aumento de peso a su imagen corporal?*
- *¿Qué planes futuros tiene en relación a sus estudios?*
- *¿Con quién vive y con quién vivirá después del nacimiento de su hijo/a?*
- *¿Cómo obtendrá ayuda económica?*

Después de resolver todas estas cuestiones deberemos darle una atención integral a la adolescente, centrándonos en los factores de riesgo que pueden ser protectores y de riesgo. Los factores protectores serán que la familia sea continente, que haya una comunicación fluida con el adulto referente para ella, que continúe que su formación académica, y que se encuentre dentro de grupos de iguales que tengan conductas adecuadas. Los factores de riesgo van a ser todos los psicológicos que la situación pueda derivar y los biológicos por los cambios que se están provocando en su cuerpo. Esto hará que el equipo que atienda a la adolescente sea multidisciplinar incluyendo al

pediatra, médico/a de familia, enfermera/o referente, matrón/a, trabajador/a social, psicólogo/a, entorno escolar y familiar¹².

2.4.Interrupción voluntaria del embarazo.

La interrupción voluntaria del embarazo (IVE) tanto en adolescentes como en adultos está regulada por la Ley Orgánica 2/2010, de 3 de Marzo. En esta ley determina que se puede solicitar esta interrupción, a petición de la mujer en los siguientes casos:

- A petición de la mujer en las primeras 14 semanas.
- Por diferentes causas médicas con diferentes plazos. Entre estas causas médicas destacamos:
 1. Cuando exista grave riesgo para la salud de la gestante o su vida hasta las primeras 22 semanas de gestación.
 2. Anomalías graves en el feto también hasta las primeras 22 semanas de gestación.
 3. Anomalías incompatibles con la vida del feto.
 4. Enfermedad extremadamente grave o incurable del feto, en el momento de diagnóstico.

Este protocolo está extendido en todas las comunidades autónomas del país, proporcionando cobertura a todas las mujeres que lo soliciten. Para poder acceder deberán de pedir cita en su centro de salud. Posteriormente, el profesional encargado de esta consulta la derivará a un centro concertado siempre habiéndole ofrecido antes, toda la información necesaria y todas las ayudas disponibles en el caso de que se arrepienta de su decisión. Previamente a acceder al IVE deberá transcurrir un plazo de 3 días hasta la intervención. Deberá ponerse en contacto con los centros concertados disponibles en cada comunidad para llevar a cabo el IVE, previa cita y deberá firmar el consentimiento informado¹³.

En el caso de las menores de 18 años, el consentimiento para el procedimiento será firmado por los progenitores. Según la modificación de la ley que se realizó en 2015, además de la voluntad expresa de la adolescente que quiera interrumpir su embarazo, un representante legal, madre, padre o tutor deberá también firmar el consentimiento para que se pueda llevar a cabo¹³.

3. Atención a la mujer cuidadora.

3.1.Desigualdades de género en el cuidado.

El entorno familiar es el primer sustento de cuidados en las personas que se encuentran en situaciones de dependencia¹⁵. Con la implementación de la Ley 39/2006

de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, se reconoce por primera vez el cuidado informal. Se puede definir el cuidado informal como *“la prestación de cuidados de salud a personas dependientes por parte de familiares, amigos u otras personas de la red social inmediata, que no reciben retribución económica por la ayuda que ofrecen”*¹⁶. Aunque las mujeres están accediendo al mercado laboral cada vez más, el cuidado informal sigue siendo en la mayoría de los casos por estas como una responsabilidad inherente a su género y dejándose incluso de cuidarse, lo que repercute en su calidad de vida¹⁷.

El hecho de cuidar puede aportar algunos efectos positivos, pero, sin embargo, son numerosos los estudios que determinan los efectos adversos sobre la salud física y mental de la cuidadora, lo que repercute en la prevalencia de ciertas enfermedades en la mujer¹⁸. Además, tienen un bajo nivel sociocultural y económico, por tanto, pertenecen a los grupos menos favorecidos y se encuentran en situación de vulnerabilidad¹⁸. El perfil de la persona que asume en el seno de la familia ser cuidadora generalmente corresponde hijas o esposas convivientes de las personas a cuidar¹⁹. Diversos estudios dejan ver que existen desigualdades con respecto al género mujer, puesto que ésta sigue ocupándose de la mayoría de las tareas domésticas (las más pesadas y demandantes) y asumiendo a su vez el rol de cuidadora de personas mayores o con discapacidad, dedicando la mayor parte de su tiempo²⁰. La sobrecarga es muy frecuente en estas cuidadoras, existiendo cierta disparidad según diferentes autores. Pearlin determina que la sobrecarga está relacionado con el conjunto de situaciones estresantes que resultan de cuidar a alguien, mientras que Zarit la define como el grado en que las cuidadoras perciben que su salud, su vida social y personal y su situación económica cambia por el hecho de cuidar a alguien¹⁷.

3.2. Como actuar con los cuidadores.

Orem definió en su Teoría General de la Enfermería que el autocuidado es *“una función humana reguladora que debe aplicar cada individuo de forma deliberada con el fin de mantener su vida y su estado de salud, desarrollo y bienestar, por tanto es un sistema de acción”*²¹. Por eso, desde nuestra posición debemos promover y apoyar el autocuidado en las cuidadoras. Los procesos educativos, tanto individuales como grupales deben ser un espacio para que adquieran un comportamiento social activo, compartan experiencias, conocimientos, convirtiéndose en una herramienta fundamental para mejorar su calidad de vida e impedir su aislamiento¹⁴.

En nuestro país y a modo desigual, en función de las comunidades autónomas están surgiendo una serie de iniciativas de apoyo a los cuidadores. A nivel nacional, la Ley de Conciliación de la Vida Laboral y Familiar (1999) y el Plan Integral de Apoyo a la Familia (2001) contemplan medidas de diversos tipos de apoyo a familiares que

cuidan. Los planes y programas autonómicos incluyen servicios de ayuda, prestaciones en tiempo o económicas¹⁹.

4. Violencia de género.

La violencia de género se puede definir como *“Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino, que tenga o pueda tener como resultado un daño o un sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como la amenaza de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada”*²². El término género alude, no sólo a las diferencias biológicas entre sexos, sino también a las diferencias sociales y culturales atribuidas a las personas en función de su sexo²³. La Organización Mundial de Salud alertó en el año 2012 que la violencia contra las mujeres y niñas constituye un problema de proporciones pandémicas²⁴. Existen diversas teorías sobre la violencia de género²³:

- Teoría biológica: su contenido se basa sobre el instinto que se va desarrollando tanto individual como grupalmente.

- Teoría psicosocial: que se puede dividir en dos perspectivas, la primera ambiental reactiva que tiene como contenido la violencia como respuesta a un estímulo condicionado y la socio-afectiva que tiene como contenido la enfatización de la experiencia social sin negar el componente biológico.

- Teoría sociodinámica: su contenido se centra en las teorías de conflictos y grupos.

- Teoría estructural: que también su contenido se centra en las teorías de conflictos y grupos.

4.1. Causas de la violencia de género.

Estas causas las podemos esquematizar como²³:

- Factores biológicos: entran en juego la biología de la persona y su genética, el consumo de bebidas alcohólicas y drogas psicoactivas.
- Factores demográficos: en estos factores las variables a tener en cuenta serían la densidad poblacional, sexo, nivel socioeconómico, barrio donde viva la víctima, raza o grupo étnico.
- Factores socioculturales: será determinante si la mujer vive en una sociedad, en la que su cultura y política defiendan estas actuaciones.
- Factores económicos: en situación de pobreza, la violencia contra la mujer suele ser más elevada.

4.2. Tipos de violencia de género.

Entre los tipos de violencia de género se pueden determinar²⁵:

- Violencia contra la mujer dentro de la pareja, pudiendo ser física, psicológica o sexual.
- Violencia contra la mujer dentro de la familia. Este tipo la violencia puede ser: física, abuso sexual de las niñas en el hogar, ablación, mutilación o matrimonios precoces, violencia ejercida por los miembros de la familia, violencia hacia los trabajadores que trabajan en los domicilios, explotación del honor de la mujer.
- Violencia contra la mujer producida en la comunidad. Se puede incluir: feminicidios por cuestión de género, violencia sexual, acoso sexual, trata de mujeres, matrimonios concertados de cara a la sociedad, maltrato de las viudas.
- Violencia contra la mujer cometida o tolerada por el estado. Esta se produce privando de libertad a la mujer y provocando, la esterilización de la mujer de una forma forzada.
- Violencia contra la mujer en conflictos armados, cometiéndose homicidios, torturas, raptos, mutilaciones, desfiguraciones, reclutamiento forzados, violaciones, esclavitud sexual, explotación sexual, prostitución, desapariciones involuntarias, abortos forzados, embarazos no deseados y esterilizaciones sin consentimiento.

4.3.Ciclo de la violencia de género.

El ciclo de la violencia de género pasa por varias fases²⁴:

- Fase de acumulación de la tensión. Tras suceder pequeñas cosas se van acumulando e incrementando la tensión, la hostilidad y la ansiedad.
- Fase de agresión. En esta fase se produce la explosión de violencia por la acumulación de tensiones.
- Fase de calma. Período de tranquilidad, donde no hay rastros de violencia e incluso se pueden dar muestras de amor.
- Fase de arrepentimiento o luna de miel. El agresor se arrepiente y persuade de que todo va a cambiar.

4.4.Consecuencias de la violencia de género en las menores y adolescentes.

Las consecuencias más destacables en chicas que han sufrido violencia de género a parte de las psicológicas, físicas y sociales son²⁶:

- *Problemas de socialización.*
- *Problemas de integración en la escuela.*
- *Síntomas de estrés post traumático.*
- *Síntomas depresivos.*
- *Alteraciones en el desarrollo afectivo.*

- *Dificultad de manejar las emociones.*
- *Internalización de roles de género erróneos.*

4.5. Consecuencias de la violencia de género en la mujer adulta.

Por estas consecuencias muchos ámbitos de la mujer se van a ver afectados²⁷:

- Trabajo: va a aumentar el absentismo y el rendimiento laboral.
- Salud: Va a conllevar consecuencias para la salud física (embarazos, lesiones, cefaleas, problemas ginecológicos...), salud mental (depresión, ansiedad...) y consecuencias letales como el suicidio.
- Social: Se van a producir fugas del hogar, conductas de riesgo para terceros, prostitución.
- Seguridad: Violencia, conductas antisociales, homicidios, lesiones, delitos sexuales.
- Económico: Disminución de la producción y incremento de gasto en los centros de salud, educación y seguridad.

4.6. Actuación ante la violencia de género.

Los pasos a seguir en un protocolo de actuación, ante un caso de violencia de género son los siguientes²⁸:

1. Detección y valoración en el caso de que exista una sospecha de violencia de género. En estas circunstancias se deben valorar los indicadores de sospecha, aquellos signos o síntomas que nos hagan sospechar de un posible maltrato. Para ello, es necesario una entrevista o anamnesis previa en la cual se valorarán aspectos biopsicosociales, de la situación de violencia o en caso de que exista un posible riesgo.
2. Intervención.
 - Información acerca del problema.
 - Trabajo en la consulta-seguimiento.
 - Derivación a otros profesionales, como puede ser el trabajador social, médico de familia, pediatra si hay menores implicados, etc.
 - Registro en la historia clínica.
 - Si procede, la actuación debe dirigirse a los hijos e hijas y a otras personas dependientes, si las hubiera.
 - Emitir cuando sea necesario, el parte de lesiones e informe médico correspondiente.

3. Identificación.

Se hará una entrevista clínica específica, aquí la mujer deberá confirmar o descartar la situación de violencia. Es importante que sea a solas, contextualizando y de forma empática.

4. Actuación

Cuando la mujer confirma la situación de maltrato se debe derivar a consulta de atención más específicas (ej. centro de atención a la mujer) e informar de los recursos que tiene a su disposición, dependiendo de la gravedad o del peligro que tenga la mujer.

5. Actuación legal: Se pondrá en conocimiento de las autoridades judiciales si es necesario.

Bibliografía.

1. Rocha T. Desarrollo de la identidad de género desde una perspectiva psico-socio-cultural: un recorrido conceptual. *Interam J Psychol.* 2009; 43 (2): 250-259.
2. La Parra M, Zugasti N, Martínez L, Damonti P, Arza J, Lashereas R, Azcona P, Andueza I, García A. Los Perfiles de la discriminación en España: Análisis de la encuesta CISS-3000. Percepción de la discriminación en España. 1ª ed. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2014. Disponible en: https://www.unavarra.es/digitalAssets/168/168636_100000Los-perfiles-de-la-discriminacion-en-Espania.pdf
3. Acevedo J, Trujillo MA, López ML. La problemática de los grupos vulnerables: Visión de la realidad. 2011. Disponible en: <http://www.ts.ucr.ac.cr/binarios/libros/libros-000023.pdf>.
4. Salud de la mujer. OMS. Consultado el 26/07/2020. Disponible en https://www.who.int/topics/womens_health/es/.
5. Estrategia mundial para la salud de de la mujer, el niño y el adolescente. OMS. Consultado el 26/07/2020 en red. Disponible en https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/estrategia-mundial-mujer-nino-adolescente-2016-2030.pdf?ua=1
6. Ministerio de Sanidad. Guía de Práctica Clínica de Atención en el embarazo y puerperio [Internet]. 1ª ed. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Andalucía. Consejería de Igualdad Salud y Políticas sociales. 2014. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/wp-content/uploads/2018/12/GPC_533_Embarazo_AETSA_compl.pdf.
7. Cerrolaza J, Mercé LT, Pozuelo P, Jardón E. Orientación para la valoración del riesgo laboral y incapacidad temporal durante el embarazo. 1ª ed. SEGO. 2008. Disponible en: <https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/1D689354-F896-4A62-85FB-E3C8F3CC6DFE/151842/SEGOEmbarazo.pdf>
8. Ministerio de Sanidad. Manejo de la Embarazada y el recién nacido con COVID-19. 1ª ed. Ministerio de Sanidad. 2020. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCoV-China/documentos/Documento_manejo_embarazo_recien_nacido.pdf.
9. Instituto Madrileño del Menor y la Familia. Consejería de Servicios Sociales Comunidad de Madrid. Detección de riesgo social de la embarazada. Prevención del maltrato infantil. Ed. Instituto Madrileño del menor y la familia. Consejería de Servicios Sociales. 1999. Disponible en: <http://www.madrid.org/bvirtual/BVCM007093.pdf>.

10. Gomis R, Mata M, Mauricio D, Artola S, Ena J, Mediavilla JJ, Miranda C, Orozco D, Rodríguez L, Sánchez C, Martínez JA. *Rev Calidad Asistencial*. Aspectos Metodológicos de los procesos asistenciales integrados PAI. 2016; 32 (4): 234-239.
11. Aceituno L, Aguayo J, Arribas L, Caño A, Corona I, Martín JE, Mora MA, Morales L, Ras J, Sánchez T, Sanz R. Embarazo Parto y Puerperio. Proceso Asistencial Integrado. Sevilla. Andalucía. Consejería de igualdad y políticas sociales. 2014. Disponible en: https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/salud_5af1956fa966b_embarazo_parto_puerperio_septiembre_2014.pdf.
12. Perkal G. El embarazo en la adolescente. *ADOLESCERE*. 2015; 3(2). Disponible en: https://www.adolescenciasema.org/wp-content/uploads/2015/06/adolescere-2015-vol3-n2_26-35_El_embarazo_en_la_adolescente.pdf.
13. Información general de la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). Junta de Andalucía. Consejería de Salud y Familias. Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/saludyfamilias/areas/salud-vida/adulta/paginas/ive-informacion.html>.
14. Vaquiro S, Stieповich J. Cuidado informal, un reto asumido por la mujer. *Cien. Enf.* 2010; 16 (2): 17-24.
15. Ruiz MD, Hernández JM, Ortiz R, Fernández C, Fernández IM, Granero J. (2019). Predictor factors of perceived health in family caregivers of people diagnosed with mild or moderate Alzheimer's disease. *Int J Environ Res. Public Health*. 2019; 16 (19): 3762.
16. Ruiz N, Moya L. El cuidado informal: una visión actual. *Rev electrón motiv emoc*. 2012; 1: 22-30.
17. García MM, Mateo I, Maroto G. El impacto de cuidar en las mujeres y calidad de vida en las mujeres. *Gac San*. 2004. 18 (5): 83-92.
18. Larrañaga I, Martín U, Bacigalupe A, Begiristáin JM, Valderrama M.J, Arregi B. Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de desigualdad y género. *Gac San*. 2008; 22 (5): 443-450.
19. Marcos MM, De la Cuesta Benjumea, C. La experiencia del cuidado de las mujeres cuidadoras con procesos crónicos de salud de familiares dependientes. *Aten Primaria*. 2015; 48 (2): 77-84.
20. Garcia MM, Mateo I, Eguiguren AP. El sistema informal de cuidados enclave de desigualdad. *Gac San*. 2004; 18, 132-139.
21. Rojas A, Pérez S, Lluch A, Cabrera M. Gestión del autocuidado enfermero en la teoría de déficit de autocuidado. *Rev Cubana Enfermer*. 2009. 25(3-4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192009000200002

22. Suárez A, Borrás S, Frías I, Llamas MV, Vizuete E. Protocolo Andaluz para la actuación sanitaria ante la violencia de género. Sevilla. Consejería de Salud y Familias. 2019. 16(2). Disponible en: <https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/GuiaRapidaProtocoloVG.2019.pdf>
23. Pérez S. La violencia de género en los jóvenes. Una visión general de la violencia de género aplicada a los jóvenes en España. Injuve. Observatorio de la Juventud en España. 2012. 16 (2). Disponible en: http://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2019/07/estudio_violencia_web_injuve.pdf
24. Águila Y, Hernández VE, Hernández VH. Las consecuencias de la violencia de género para la salud y formación de los adolescentes. *Rev Med.* 2016. 38 (5): 697-710 Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S168418242016000500005&script=sci_arttext&tlng=pt
25. Yugueros AJ. La violencia contra las mujeres: Conceptos y causas. *Barataria.* 2014; 18: 147-159.
26. Fernández P. Guía para profesionales ante chicas adolescentes que sufren violencia de género: saber, mirar, saber acoger, saber acompañar. 1ª ed. Instituto de la Mujer. Consejería de igualdad y Políticas sociales. Junta de Andalucía. 2018.. Disponible en: https://www.observatoriodelainfancia.es/ficherosoia/documentos/5643_d_Guia_IAM_Adolescentes_genero.pdf
27. Corsi J. La violencia hacia las mujeres como problema social. Análisis de las consecuencias y los factores de riesgo. 1ª ed. Fundación Mujeres. Disponible en: http://www.berdingune.euskadi.eus/u89-congizon/es/contenidos/informacion/material/es_gizonduz/adjuntos/laviolenciahacialasmujerescomoproblemasocial.pdf
28. Ministerio de Sanidad y Consumo. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la violencia de género. 1ª ed. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/protocoloComun.pdf>

Tema 4. Atención al niño vulnerable.

FERNÁNDEZ MEDINA, ISABEL MARÍA
FERNÁNDEZ SOLA, CAYETANO

1. Concepto.

Los niños y adolescentes son una población sustancialmente vulnerable debido a su limitada capacidad de autonomía y autoprotección. Los niños requieren el apoyo de una persona adulta para poder satisfacer sus necesidades de cuidado, afecto y protección. Esta ausencia de autonomía ubica a los niños en una posición de desventaja para poder hacer efectivos sus derechos y libertades¹.

Un niño en situación de vulnerabilidad puede ser definido como “*aquel con un alto riesgo de carecer de la protección y cuidados adecuados*”². Skinner et al. definieron a los niños vulnerables como “*aquellos niños que no tienen asegurados sus derechos básicos*”³. Los niños en situación de vulnerabilidad se encuentran más expuestos a riesgos que el resto de la población infantil². En consecuencia, la vulnerabilidad infantil también puede ser entendida como “*el grupo de niños que experimentan resultados negativos como la pérdida de su educación, la morbilidad y la desnutrición, a tasas más altas que sus pares*”². Se estima que aproximadamente entre el 10 y el 25% de los niños en edad preescolar en países desarrollados son identificados como “vulnerables”⁴.

2. Factores influyentes en la vulnerabilidad infantil.

Los determinantes más importantes para la salud de los niños son sus condiciones sociales y económicas. Los problemas económicos y las desventajas económicas de las familias ocasionan un impacto considerable en la salud y el bienestar de los niños. La pobreza, el desempleo y las familias monoparentales han sido identificados como los elementos más importantes relacionados con la mala salud de los niños. La falta de acceso a los servicios de salud, así como una vivienda inadecuada en localidades con una baja provisión de servicios públicos y espacios de ocio son también factores que contribuyen a la vulnerabilidad⁵.

No obstante, los factores de riesgo de vulnerabilidad que pueden afectar al desarrollo del niño pueden agruparse en diversas categorías: las características biológicas del menor (enfermedades crónicas, discapacidad física o mental), las características de los padres (padres con enfermedades crónicas o prolongadas), los

factores familiares (familias en situación de desempleo o enfermedad prolongada), los factores culturales (pertenencia a minorías étnicas) y por último, los factores sociales (niños en instituciones). A continuación, se muestra una tabla con los principales factores de riesgo de vulnerabilidad infantil (tabla 1)⁶.

Tabla 1. Factores de riesgo de vulnerabilidad infantil

Biológicos	<ul style="list-style-type: none"> • Anomalías genéticas o congénitas. • Bajo peso al nacer. • Prematuridad. • Discapacidad física o mental. • Enfermedades crónicas
Parentales	<ul style="list-style-type: none"> • Depresión materna. • Abuso de sustancias por parte de los padres. • Padres divorciados o separados. • Padres con discapacidad física, mental o enfermedades crónicas. • Padres adolescentes.
Familiares	<ul style="list-style-type: none"> • Pobreza. • Vivienda en condiciones precarias. • Familia numerosa. • Familia monoparental sin apoyo. • Baja educación materna. • Desempleo. • Violencia familiar.
Culturales	<ul style="list-style-type: none"> • Etnias minoritarias. • Aislamiento social.
Sociales	<ul style="list-style-type: none"> • Niños acogidos por sistemas de protección. • Menos extranjeros no acompañados.

De acuerdo a los diferentes factores sociales, educativos, sanitarios o económicos expuestos anteriormente, la evidencia sobre vulnerabilidad señala la existencia de varios colectivos especialmente vulnerables entre los que destacan los niños con discapacidad (física o intelectual), los niños con padres con abuso de sustancias y/o en prisión, los niños de padres con déficit intelectual, los niños pertenecientes a minorías étnicas, los niños extranjeros no acompañados, los niños en sistema de protección social y los niños que viven en régimen de pobreza (figura 1)^{5,7}.



Figura 2. Poblaciones vulnerables

3. Repercusiones en la salud de los niños en contexto de vulnerabilidad.

Los niños en situación de vulnerabilidad corren el riesgo de no poder desarrollar su verdadero potencial físico y/o cognitivo. Un estado socioeconómico bajo predispone a los niños en situación de vulnerabilidad a un estado nutricional inadecuado debido a la deficiencia en el consumo de determinados alimentos o al abuso de ciertas sustancias. Una insuficiencia dietética podría conducir a un bajo peso, pero también a una mayor prevalencia de sobrepeso y obesidad, ya que los alimentos de alta calidad suelen ser más caros⁸.

Los hábitos dietéticos y los niveles de actividad física son diferentes en grupos socialmente vulnerables. Los niños pertenecientes a minorías étnicas (especialmente gitanos, marroquíes, turcos, latinoamericanos y subsaharianos) tienen más posibilidades de desarrollar obesidad que los niños pertenecientes a otras minorías. Algunas de las consecuencias negativas de una nutrición inadecuada son los déficits cognitivos, los retrasos en el crecimiento físico y desarrollo neuromotor y el desarrollo de complicaciones metabólicas como la diabetes⁹. Además, los niños más desfavorecidos tienen mayores tasas de caries dental⁷.

Los niños en vulnerabilidad, especialmente las niñas, suelen ser más propensos a mostrar retrasos en la adquisición de habilidades motoras. Las habilidades motoras básicas son esenciales ya que proporcionan la base para adquirir movimientos especializados aplicables a diferentes actividades como los juegos, deportes y tareas cotidianas. Los niños con una baja competencia en las habilidades motoras fundamentales tienen un nivel más alto de vida sedentaria^{9,10}.

La vulnerabilidad no solo afecta a la salud física sino también a la salud mental. Existe una clara relación entre la ausencia o escasez de recursos socioeconómicos y la prevalencia de trastornos mentales en la infancia y adolescencia. Los niños procedentes de familias con bajo nivel socioeconómico poseen de dos a tres veces más posibilidades de desarrollar un trastorno mental debido principalmente a un estilo de vida no saludable. Los hijos de padres que sufren trastornos mentales también tienen mayor probabilidad de desarrollar un trastorno mental¹¹. Los niños en sistemas de protección social poseen una salud mental y física más pobre que la población general y que aquellos con un bajo nivel socioeconómico.¹² La tasa de inmunizaciones incompletas es del 24% en los niños institucionalizados⁷. Los niños que han experimentado maltrato

o negligencia tienen más probabilidad de desarrollar problemas mentales entre los que se incluye la depresión, los problemas sociales y los trastornos de estrés postraumático¹².

El desarrollo psicosocial de los niños en situación de vulnerabilidad también se ve afectado. Los niños que viven en un contexto de vulnerabilidad tienen dificultades para desarrollar creencias positivas sobre sí mismos y muestran menos motivación para realizar y lograr diferentes tareas. Los niños en situación de vulnerabilidad suelen tener un bajo rendimiento escolar y dificultades en el aprendizaje, así como pocas habilidades sociales. Las competencias de estos niños suelen estar guiadas por los roles asociados a la identidad de género⁹.

4. Detección de niños en situación de vulnerabilidad.

Para realizar la identificación de los niños que se encuentran en situación de riesgo de vulnerabilidad, realizaremos la valoración de cuatro áreas^{13,14} (figura 2):

1. Área socio-familiar:

- a) Tipo de familia: familias desestructuradas, familias numerosas, monoparentales sin apoyo, padres adolescentes, bajo nivel intelectual de los padres, violencia familiar.
- b) Descripción del entorno en el que viven: viviendas sin baño, con menos de 40m², en pobres condiciones higiénico-sanitarias.
- c) Sospecha de maltrato: signos de violencia física o verbal, ausencia evidente y repetida de cuidados básicos.
- d) Etnicidad y religión: inmigrantes, creencias religiosas que repercuten en su salud.
- e) Desprotección: menos en riesgo o desamparo, acogidos por sistemas de protección, menores extranjeros no acompañados, adolescentes infractores.

2. Área económica:

- a) Empleo: parados de larga duración, trabajos discontinuos.
- b) Protección social: beneficiarios de prestaciones económicas, uso de bancos de alimentos o comedores sociales.

3. Área socio-educativa:

- a) Entorno escolar: problemas de escolarización, violencia escolar, educación especial, sospecha de aislamiento social o bullying.

4. Área socio-sanitaria:

- a) Frecuentación del centro de salud: ausencia reiterada a revisiones y/o vacunaciones, no cumplimiento de las pautas de tratamiento, hiperfrecuentación.
- b) Historia de salud familiar: mortalidad infantil familiar (accidentes, suicidios), niños con discapacidad física o psíquica, enfermedad discapacitante psíquica y/o física del padre/madre sin apoyo externo.

- c) Salud mental: dificultad para dormir, pesadillas, estrés postraumático, ideas suicidas, baja autoestima, trastornos mentales antes de los 14 años.
- d) Consumo de drogas: sospecha de consumo de drogas y/o alcohol en los padres, menores consumidores de drogas.
- e) Hábitos de vida saludables: desviación en percentiles peso-talla, obesidad en los padres, hábitos familiares de consumo de alimentos, higiene, presencia de parásitos.
- f) Sexualidad: consulta por enfermedades de transmisión sexual, embarazos en menores de 15 años, consulta por métodos anticonceptivos, menores de orientación homosexual o de identidad transexual.

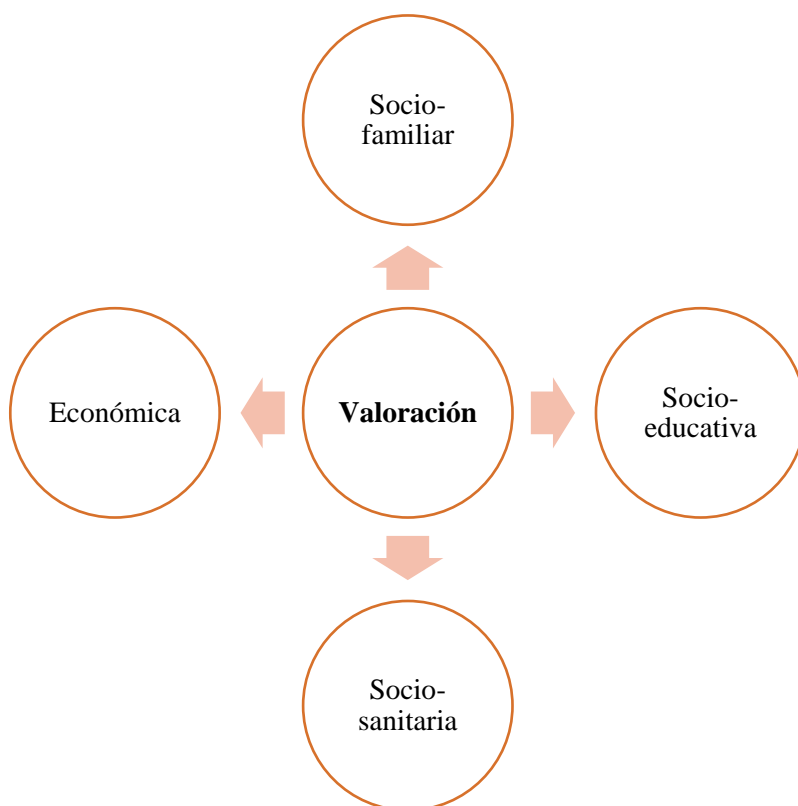


Figura 3. Áreas de valoración en el niño vulnerable.

5. Cuidados al niño en situación de vulnerabilidad.

Existe una evidencia científica limitada sobre el abordaje de las necesidades de los niños en situación de vulnerabilidad. No obstante, es necesario la implicación de la familia para poder atender con eficacia las necesidades de los niños en situación de

vulnerabilidad. Para ello, las premisas que han de guiar la práctica asistencial en estas situaciones son los siguientes⁷:

1. Prácticas centradas en la familia y toma de decisiones compartidas entre padre/cuidador, médico y enfermera.
2. Prácticas centradas en la comunicación, la construcción de relaciones y el desarrollo de la confianza entre el padre/cuidador y la enfermera.
3. Intervenciones no estigmatizantes, las intervenciones deben enmarcarse en la asistencia rutinaria.
4. Sensibilidad cultural, ofrecer unos cuidados respetuosos y convertir el entorno de cuidado en un medio ambiente seguro que asegure el cumplimiento de las indicaciones proporcionadas.
5. Proporcionar la integración de otros servicios y el cuidado integral del individuo y su familia.
6. Realizar un empoderamiento de las familias y comunidades para comprometerse con el sistema de salud.
7. Proporcionar cuidados basados en las necesidades de la comunidad.
8. Proveer un modelo flexible de cuidados que incluya actividades de educación sanitaria en escuelas, centros comunitarios y visitas domiciliarias.

Las visitas domiciliarias de enfermería han sido identificadas como una parte cada vez más importante del cuidado de la primera infancia. Las visitas a domicilio deben considerarse como un servicio preventivo que tiene como objetivo satisfacer las necesidades de los niños en situación de vulnerabilidad a través del hogar con los recursos comunitarios necesarios¹⁴. En primer lugar, se ha de realizar una detección de los niños que se han de encontrar en situación de vulnerabilidad, identificando los principales determinantes que influyen en su salud y desarrollo, para poder realizar un abordaje integral del niño y su familia (figura 3)^{14,15}.

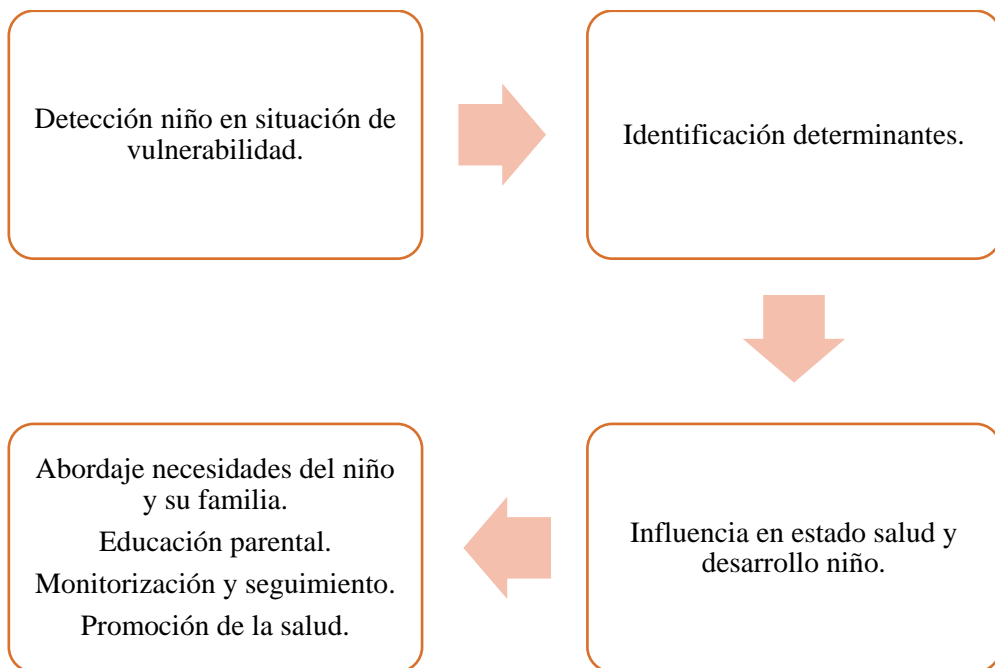


Figura 4. *Abordaje general del niño en situación de vulnerabilidad.*

El enfoque de las visitas domiciliarias para promover la crianza de los hijos en aquellos niños en situación de vulnerabilidad incluye los determinantes personales, interpersonales, sociales y ambientales^{14,15}. La figura 4 proporciona una representación generalizada de cómo estos determinantes influyen en el cuidado receptivo, un importante componente de la paternidad. Los propios determinantes paternos (historia de desarrollo de los padres, las experiencias de la infancia y la salud) así como la capacidad de relación de los padres influye directamente en la crianza de los hijos. Por tanto, en las visitas domiciliarias se ha de recoger información sobre las características de los padres, el tipo de relación, así como las fuentes de estrés y apoyo con respecto a la crianza, con el objetivo de establecer la capacidad de cuidado receptivo de los padres y promover la salud y desarrollo del niño¹⁵.

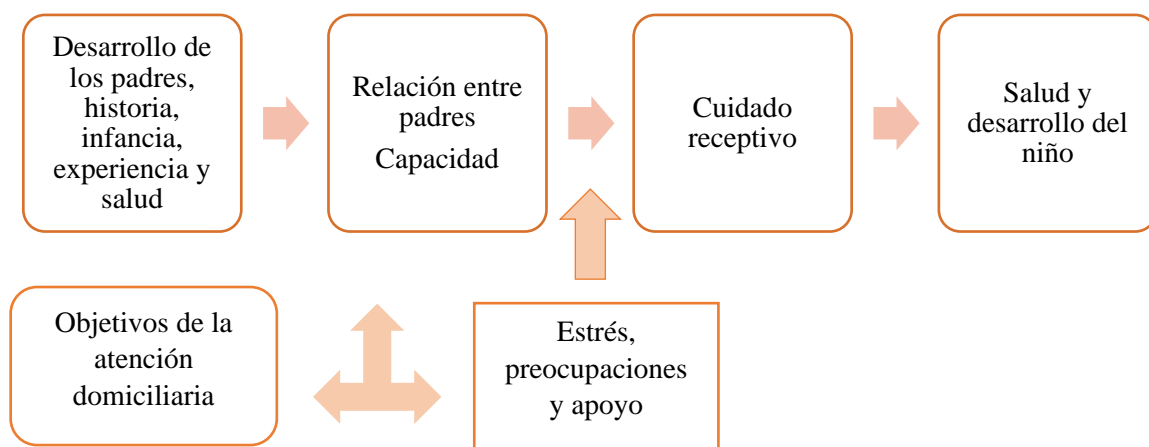


Figura 4. Intervenciones domiciliarias y crianza.

Aunque la orientación de los cuidados en las visitas a domicilio varía según las necesidades del niño y su familia, pueden incluir: la detección de depresión maternal, el uso de uso de sustancias y violencia familiar, la enseñanza de habilidades parentales y la promoción de hábitos saludables, así como la monitorización de la salud del niño y los vínculos comunitarios necesarios para mejorar la capacidad de los padres y el funcionamiento familiar¹⁵.

Las visitas domiciliarias en aquellas familias identificadas de riesgo (padres con abuso de sustancias, en prisión, con enfermedades crónicas, bajo nivel intelectual, etc) deberían iniciarse durante el embarazo. Tras el nacimiento, los programas domiciliarios se centran en los cuidados infantiles e inmunizaciones y la atención adecuada a determinadas enfermedades y lesiones. Se ha evidenciado que las visitas domiciliarias mejoran la interacción entre padres e hijos, las tasas de vacunación, el comportamiento infantil y las tasas de abuso infantil y de comportamientos criminales¹⁶.

El nacimiento de un niño provoca en la familia una reestructuración a nivel biológico, psicológico y social, pero si el niño nace con algún tipo de trastorno o con riesgo de padecerlo, las respuestas de la familia son diversas, provocando una situación de crisis. En estos casos, los padres suelen atravesar una serie de fases: de shock, reacción, adaptación y orientación. Además, el niño ve incrementada su vulnerabilidad debido al padecimiento de algún tipo de discapacidad. Por ello, el establecimiento de las primeras relaciones padres-hijos son fundamentales para su posterior desarrollo y disminuir su vulnerabilidad¹⁷.

Los niños con discapacidad física y/o intelectual y enfermedades crónicas imponen una gran carga emocional y económica a las familias. En estos casos, el

cuidado de estos niños requiere un gran esfuerzo, sobre todo en aquellos entornos donde el acceso a los servicios y el apoyo es limitado¹⁸. La atención de los niños con discapacidad y/o enfermedades crónicas requiere un abordaje multidisciplinar, individualizado y coordinado entre profesionales y familias que incluye la monitorización del crecimiento y desarrollo del niño, la prevención de comorbilidades, la atención a las necesidades del niño y su cuidador principal, la provisión de los recursos necesarios para su cuidado, la integración social y escolar y la continua educación parental¹⁹.

La Academia Americana de Pediatría clasifica a los niños en instituciones como una población con necesidades especiales. Dado que la principal razón para ingresar en una institución de protección social es la negligencia, es común que estos niños tengan un gran número de necesidades de salud insatisfechas²⁰.

El cuidado del niño institucionalizado debe ser interdisciplinar y debe centrarse en identificar, tratar y realizar el seguimiento de sus necesidades físicas, psicológicas y de desarrollo²¹.

Bibliografía.

1. National Resource Center on Child Maltreatment. The vulnerable child. Charlotte, NC: ACTION for Child Protection, Inc; 2003.
2. Arora SK, Shah D, Chaturvedi S, Gupta P. Defining and measuring vulnerability in young people. *Indian J Community Med.* 2015; 40 (3): 193-197.
3. Skinner D, Tsheko N, Mtero-Munyati S, et al. Towards a definition of orphaned and vulnerable children. *AIDS Behav.* 2006; 10 (6): 619-626.
4. Goldfeld S, O'Connor M, Sayers M et al. Prevalence and correlates of special health care needs in a population cohort of Australian children at school entry. *J Dev Behav Pediatr.* 2012; 33 (4): 319-327.
5. Schweiger G. Ethics, poverty and children's vulnerability. *Ethics Soc Welf.* 2019; 13 (3): 288-301.
6. Woolfenden S, Williams K, Eapen V et al. Developmental vulnerability- Don't investigate without a model in mind. *Child Care Health Dev.* 2015; 41 (3): 337-45.
7. Joshua P, Zwi K, Moran P, White L. Prioritizing vulnerable children: why should we address inequity?. *Child Care Health Dev.* 2015; 41 (6): 818-826.
8. Chung A, Backholer K, Wong E, Palermo C et al. Trends in child and adolescent obesity prevalence in economically advanced countries according to socioeconomic position: a systematic review. *Obes Rev.* 2016; 17 (3): 276-295.
9. Nobre GC, Valentini NC, Nobre FSS. Fundamental motor skills, nutritional status, perceived competence, and school performance of Brazilian children in social vulnerability: Gender comparison. *Child Abuse Negl.* 2018; 80: 335-345.
10. Ferreira L, Godinez I, Gabbard C et al. Motor development in school-age children is associated with the home environment including socioeconomic status. *Child Care Health Dev.* 2018; 44 (6): 801-806.
11. Reiss F. Socioeconomic inequalities and mental health problems in children and adolescents: A systematic review. *Soc Sci Med.* 2013; 90: 24-31.
12. Turney K, Wildeman C. Mental and physical health of children in foster care. *Pediatrics.* 2016; 138 (5): e20161118.
13. Lázaro González IE, Halty Barrutieta A. Vulnerabilidad y exclusión en la infancia: hacia un sistema de información temprana sobre la infancia en exclusión. Cuadernos para el debate 3. Barcelona: Huygens, 2014.
14. Condon EM. Maternal, infant, and early childhood home visiting: A call for a paradigm shift in states' approaches to funding. *Policy Polit Nurs Pract.* 2019; 20 (1): 28-40.

15. Minkovitz CS, O'Neill KM, Duggan AK. Home visiting: A service strategy to reduce poverty and mitigate its consequences. *Acad Pediatr*. 2016; 16 (3 Suppl): S105-S111.
16. Avellar SA, Supplee LH. Effectiveness of home visiting in improving child health and reducing child maltreatment. *Pediatrics*. 2013; 132 (Suppl 2): S90-S99.
17. Rodes Lloret F, Monera Olmos CE, Pastor Bravo M. Vulnerabilidad infantil. Un enfoque multidisciplinar. Madrid: Ediciones Díaz de Santos; 2010.
18. Caicedo C. Families with special needs children: family health, functioning, and care burden. *J Am Psychiatr Nurses Assoc*. 2014; 20 (6): 398-407.
19. Nageswaran S, Golden SL. Improving the quality of home health care for children with medical complexity. *Acad Pediatr*. 2017; 17 (6): 665-671.
20. Carabez R, Kim JE. Part I: The role of public health nursing in addressing health care needs of children in foster care. *Public Health Nurs*. 2019; 36 (5): 702-708.
21. Schneiderman JU. Qualitative study on the role of nurses as health case managers of children in foster care in California. *J Pediatr Nurs*. 2008; 23 (4): 241-249.

Tema 5. Drogadicción y sustancias adictivas.

FERNÁNDEZ MEDINA, ISABEL MARÍA
RUIZ FERNÁNDEZ, MARÍA DOLORES

1. Introducción.

La drogadicción y el consumo de sustancias adictivas constituyen actualmente un problema de salud pública muy grave a nivel mundial con numerosas consecuencias a nivel sanitario y económico¹. Además del impacto físico, psicológico, profesional y legal que provoca el consumo de drogas en el individuo, el coste social es particularmente relevante ya que el problema afecta principalmente a los individuos en edad laboral².

A pesar de que el consumo de drogas ilegales en España se ha mantenido relativamente estable en los últimos tiempos, las drogas más comunes entre los jóvenes son las legales (alcohol y tabaco), seguidas del cannabis y la cocaína. El consumo de drogas legales es mayor en las mujeres, sin embargo, el consumo de drogas ilegales está más extendido en los hombres³. La edad media de consumo se sitúa en torno a los 13-16 años, aunque la prevalencia de consumo aumenta con la edad¹. Se estima que el 5,1% de la población de 15 a 64 años han tenido un consumo de riesgo³.

2. Factores implicados en el consumo de sustancias adictivas.

Los factores que determinan la vulnerabilidad de un individuo ante un problema de abuso o dependencia de sustancias adictivas son multifactoriales. Se han identificado varios factores de riesgo que pueden agruparse en dos grandes grupos: los vinculados al individuo y al contexto social⁴.

Entre las variables individuales destacan la edad, siendo la adolescencia el periodo más crítico⁴. No obstante, otras variables influyentes son la baja autoestima, el fracaso académico, la impulsividad y la necesidad de experimentar sensaciones nuevas e intensas. Los estados de estrés, ansiedad y depresión ante la necesidad de asumir cambios podrían propiciar el consumo de droga⁵.

La familia y los grupos sociales condicionan en gran medida a la predisposición al consumo de drogas. Las primeras interacciones de los niños con las familias son fundamentales para su correcto desarrollo y determinan el riesgo en el uso y abuso de drogas. El grupo de amigos es una de las variables más influyentes en la explicación del consumo de drogas. La percepción negativa de las relaciones familiares, el abuso de sustancias en los padres, el bajo nivel socioeconómico familiar y el sufrimiento de

violencia física, emocional o sexual durante la infancia son factores favorecedores para el consumo de drogas. Entre otros factores, podemos destacar la disponibilidad de la sustancia⁵.

Los factores de protección frente al consumo de drogas son una buena capacidad de autocontrol emocional, autoestima y habilidades sociales (estrategias de solución de problemas) y la disponibilidad de recursos adecuados para satisfacer sus necesidades físicas y emocionales. Respecto a los factores familiares y sociales, destacan la cohesión y comunicación familiar, el apego a un grupo social de referencia positivo, la implicación en el medio escolar junto con un buen rendimiento académico, la práctica de ejercicio físico, el desempeño laboral y los conocimientos acerca de los efectos del uso de sustancias adictivas^{6,7} (tabla 1).

Tabla 2. Factores implicados en el consumo de drogas.

Factores de riesgo	Factores protectores
Antecedentes familiares abuso drogas y alcohol, trastornos mentales.	Nivel alto de inteligencia, salud adecuada.
Pobreza, disponibilidad droga en la comunidad.	Escuela de calidad, familia intacta, supervisión de los padres.
Abuso de drogas por compañeros, modelos de conductas alterados.	Compañeros con valores convencionales, modelos de función positivos.
Autoestima baja, tendencia a correr riesgos.	Valorar la salud.
Aspiraciones y expectativas bajas, apatía, fracaso escolar.	Participación en grupos deportivos, culturales, fijación de objetivos y aspiraciones.

3. Consecuencias de la drogadicción.

Las personas adictas suelen padecer varios problemas de salud relacionados con las drogas entre los que se incluyen las enfermedades pulmonares o cardíacas, la embolia, el cáncer o los problemas de salud mental entre otros. El consumo de drogas también aumenta el riesgo de contraer infecciones (VIH y hepatitis C), especialmente en las drogas administradas por vía parenteral⁸.

Algunos trastornos mentales como la ansiedad, la depresión o la esquizofrenia en ocasiones son desencadenados tras el consumo de drogas o sus síntomas empeoran tras el consumo si el diagnóstico había sido anterior⁹.

Por otro lado, el consumo de drogas durante el embarazo conlleva que el recién nacido padezca el síndrome de abstinencia neonatal, cuyos síntomas son distintos de acuerdo a la droga que haya consumido la madre. Algunos niños que han estado a las drogas durante el embarazo, desarrollan posteriormente problemas de comportamiento, atención y retrasos del desarrollo. Por último, el consumo de drogas ilícitas puede llevar a la provocación de accidentes automovilísticos, siendo el alcohol y la marihuana las más usadas^{8,9} (figura 1).

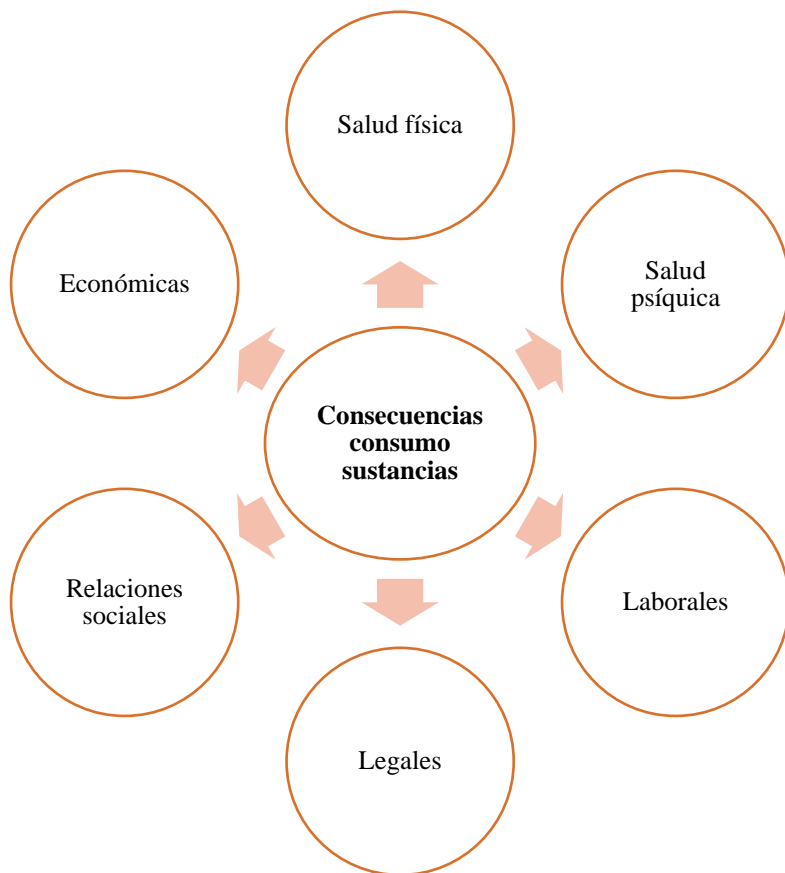


Figura 5. Consecuencias del consumo de sustancias adictivas.

4. Prevención de los problemas relacionados con el consumo de sustancias adictivas.

El rol de los enfermeros de Atención Primaria ante las drogas es cada vez más amplio, destacando su papel en la promoción de la salud comunitaria y en la prevención de drogodependencias y adicciones. La prevención del consumo de sustancias adictivas en Atención Primaria, debe considerarse como un proceso activo de implementación de iniciativas cuyo objetivo es modificar y mejorar la formación y la calidad de vida de los

individuos, fomentando el autocontrol y la resistencia ante la oferta y consumo de drogas¹⁰.

Los objetivos que persiguen los programas de prevención son¹¹:

1. Impedir que los jóvenes se inicien en el consumo de drogas tanto legales (tabaco y alcohol) como ilegales (cannabis, cocaína, drogas sintéticas) propiciando alternativas de ocio saludable.
2. Retrasar la edad de inicio del consumo de drogas.
3. Limitar el número de sustancias consumidas.
4. Evitar el consumo problemático de drogas.
5. Minimizar las consecuencias negativas en el individuo del consumo de drogas.
6. Potenciar los factores de protección y disminuir los factores de riesgo según su edad, sexo y cultura.
7. Educación sanitaria sobre la responsabilidad con el consumo de drogas.
8. Valorar e intervenir sobre las condiciones del entorno familiar y sociocultural.

Por tanto, antes de diseñar un programa de prevención es necesario recabar información sobre la situación actual del uso indebido de drogas en la comunidad destinataria (cuáles son las drogas más comunes en esa comunidad), las posibles causas del abuso de drogas (factores de riesgo familiares, sociales), la información de la que disponen sobre el efecto de las drogas (actitudes, valores y creencias) y las repercusiones en esa comunidad del uso indebido de drogas^{12,13}.

Las actividades de prevención primaria, secundaria o terciaria, que pueden ser realizadas desde atención primaria son¹⁴:

- Actividades individuales en consulta con el objetivo de conocer las conductas en salud del paciente y las posibles prácticas de riesgo, utilizando la escucha activa y el consejo como estrategia de orientación.
- Actividades comunitarias dirigidas a la infancia y adolescencia.
- Actividades en consulta para orientar a los padres sobre sospechas de consumo de drogas en los hijos.
- Actividades para la detección en el entorno social y familias de factores de riesgo.
- Actividades para la detección precoz del consumo de drogas.
- Actividades orientadas a la disminución de daños y control de factores de riesgo.
- Actividades de refuerzo de conductas de estilos de vida saludable.

5. Valoración de los problemas relacionados con el consumo de sustancias adictivas.

La fase de valoración en el paciente drogodependiente tiene como objetivo la obtención de información sobre las respuestas físicas, valores, conocimientos y sentimientos del paciente, permitiéndonos identificar sus necesidades y prioridades en el plan de cuidados. En primer lugar, para valorar los riesgos que entraña un determinado consumo, es necesario realizar una evaluación cuidadosa del individuo, la sustancia y el contexto. Por tanto, el proceso de valoración enfermera aplicado a los problemas relacionados con el consumo de sustancias adictivas deberá de incluir^{14,15} (figura 2):

1. **Valoración del individuo:** antecedentes personales y familiares, momento vital, capacidad del individuo para la realización de sus actividades de la vida diaria, concurrencia de patologías (complicaciones médicas y/o psiquiátricas), conductas de riesgo (prácticas sexuales de riesgo, conducción temeraria, práctica de actividades bajo el efecto de las drogas). Exploración física del individuo (fedor etílico, hiperemia conjuntival, midriasis, signos de venopunción en la piel, alteraciones del lenguaje o comportamiento, lesiones en tabique o fosas nasales, epistaxis frecuentes).
2. **Valoración toxicológica:** tipo de sustancia consumida, policonsumo, patrón (cantidad consumida, frecuencia, tolerancia y abstinencia), accesibilidad de la sustancia, dependencia, situaciones de consumo y vías de consumo. Valoración por parte del paciente de las consecuencias de dicho consumo, desintoxicaciones previas.
3. **Valoración del entorno:** factores familiares que predisponen al consumo de drogas (vivienda, apoyo, condiciones socioeconómicas, relaciones familiares), consumo de drogas en la familia, actividades de ocio, estudios, empleo.

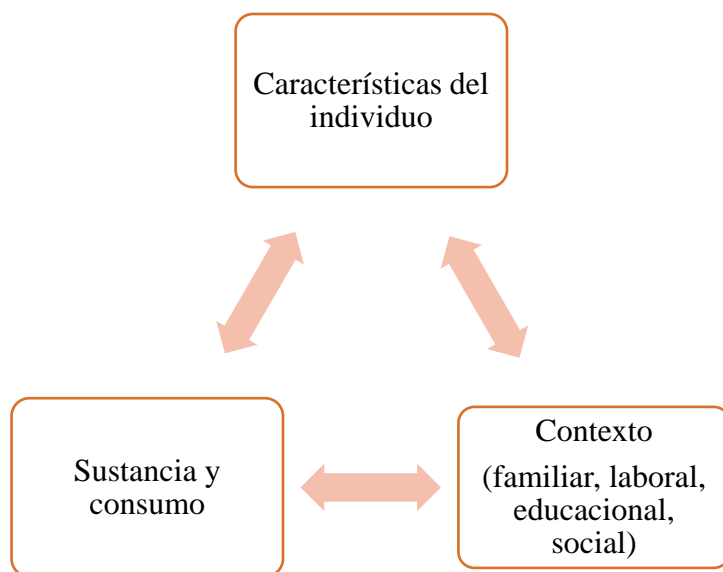


Figura 6. Triángulo de valoración

El consumo problemático de drogas es aquel que afecta a la salud (física y psicológica), las relaciones sociales primarias (pareja, familia, amigos), las relaciones sociales secundarias (trabajo, estudios) y provoca problemas legales¹⁴.

6. Tratamiento de los problemas relacionados con el consumo de sustancias adictivas.

El objetivo principal de los programas de deshabitación y/o desintoxicación es lograr la abstinencia de la forma más segura y cómoda posible para el individuo. Los programas comunitarios están destinados a aquellos individuos que pueden abstenerse de consumir la sustancia adictiva sin salir de la comunidad¹⁶.

El tratamiento que debe incluir la intervención individual, familiar y socio-comunitaria, suele iniciarse en el centro de salud o en el domicilio del paciente con un período de estabilización donde se administran sustancias de sustitución que van reduciéndose de forma progresiva. Además, durante este periodo el paciente también recibe asesoramiento, educación sanitaria y otros servicios de apoyo en coordinación con otros profesionales de la salud. El consumo de alcohol, cocaína y heroína pueden necesitar ingreso hospitalario, pero en casos muy concretos^{14,16}.

El modelo transteórico de Prochaska & DiClemente, creado originariamente para el tratamiento de la dependencia tabáquica, puede ser aplicable en cualquier conducta referente al consumo de drogas necesaria de modificar. En este modelo, a través de la creación de una relación empática con el paciente utilizando la entrevista motivacional, realizaremos un abordaje específico en las diferentes fases de motivación para el cambio

(precontemplativa, contemplativa, preparación, de acción y de mantenimiento)¹⁷ (figura 3).

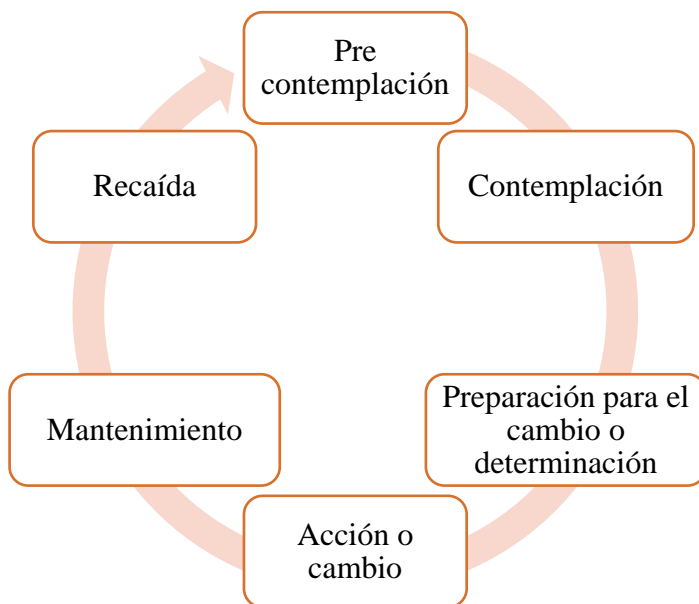


Figura 7. El proceso de cambio en las adicciones.

De acuerdo a la fase en la que se encuentre el paciente, las intervenciones a realizar serán¹⁸ (tabla 2):

- Uso experimental de sustancias adictivas: se realizará educación sanitaria sobre los riesgos que entraña el consumo de la sustancia.
- Uso regular de sustancias adictivas: son recomendables las terapias grupales e individuales, familiares y pactar “contratos de abstinencia”. Si es necesario en esta fase se realizará la derivación a centros especializados en drogodependencias.
- Abuso y dependencia de sustancias: si existe un abuso significativo de drogas o alteraciones psicopatológicas asociadas, estos individuos deben ser tratados en centros de atención a drogodependientes con programas específicos hasta que se consiga la estabilización.

Tabla 3. Abordaje de acuerdo a la fase de cambio.

Fases	Abordaje
Precontemplación	- Proporcionar información.
Contemplación	- Ayudar desarrollo habilidades para el cambio. - Proporcionar un plan de apoyo.
Acción	- Proporcionar apoyo farmacológico/psicológico. - Ofrecer diferentes alternativas. - Preparar al paciente para los problemas que puedan surgir.
Mantenimiento	- Proporcionar estrategias para las situaciones de riesgo.
Recaída	- Valorar las posibles causas de la recaída. - Fomentar la confianza.

Durante el periodo de deshabitación del individuo consumidor de drogas por vía parenteral, se han de realizar programas de prevención de la transmisión de enfermedades virales con intercambio de jeringuillas, así como indicar la conveniencia de la vacuna del virus de la hepatitis B, la vacunación antigripal y la antineumocócica. Además, es necesario llevar a cabo el seguimiento y monitorización de patología concomitante como VIH o la aparición de tuberculosis^{14,19}.

7. Trabajo con la familia.

La familia constituye un factor esencial tanto en la prevención como en el tratamiento relacionado con el consumo de drogas debido a que puede comportarse como un factor protector o como un factor de riesgo para el consumo y abuso de drogas. Las familias en las que existe una buena dinámica familiar (creencias y actitudes saludables, confianza), comunicación y límites en el proceso educativo actúan como protectoras. Sin embargo, las familias desestructuradas, en las que existe violencia familiar, una historia de consumos problemáticos, monoparentales o exceso de permisividad en el proceso educativo actúan como factores de riesgo¹⁴.

La demanda indirecta por parte de los padres ante la sospecha y/o conocimiento de abuso de sustancias por parte de sus hijos, suele ser una de las consultas más frecuente en atención primaria. Antes estas situaciones las premisas que se deben considerar son¹⁴:

- Investigar las características de la dinámica familiar.
- Realizar una escucha activa a los padres.

- Clarificar las situaciones que les hacen pensar en un posible consumo.
- En algunas situaciones es necesario trabajar la relación padres-hijos.

Si detectamos un consumo de drogas en un adolescente en primer lugar tendremos que explorar si se trata de un consumo problemático o no, para ello es útil realizar una entrevista motivacional a solas con el adolescente¹⁵ (tabla 3).

Tabla 4. Indicios clínicos de abuso de sustancias.

Signos físicos	Hábitos personales	Conductuales/psicológicos	Rendimiento académico/laboral
Pérdida de peso.	Uso de gotas oculares.	Conducta arriesgada.	Alteraciones de la memoria a corto plazo.
Hipertensión.	Patrón de sueño o nutrición alterado.	Oscilaciones estado ánimo.	Inasistencia a clase o laboral.
Ojos rojos.	Descuido de la higiene.	Psicosis, paranoia.	Problemas en el colegio o en el trabajo.
Irritación nasal.	Pérdida de interés.	Problemas con compañeros y familia.	Disminución acusada del rendimiento académico y/o laboral.
Ronquera/Tos crónica.	Nuevos amigos/intereses.	Problemas legales.	
Hemoptisis.	Cambio en el vestido.	Promiscuidad.	
Sibilancias.			
Signos punción con aguja.			

Durante el tratamiento de abuso y/o adicción a sustancias, la familia debe ser integrada desde su inicio de manera activa en las diferentes intervenciones terapéuticas que se realicen y realizar un proceso de acompañamiento del paciente, ya que la probabilidad de recuperación del individuo es mayor. Las intervenciones terapéuticas deben estar orientadas a la restauración de las relaciones familiares a través de intervenciones individuales y grupales que favorecen la restauración de las jerarquías, el trabajo de los sentimientos de culpa y la recuperación del optimismo, el incremento de las habilidades afectivas en la familia y el fomento de la comunicación positiva entre los

miembros y la confianza. Además, la familia debe recibir educación sobre las posibles señales de alerta de recaídas del paciente²⁰.

Bibliografía.

1. Gutierrez A, Sher L. Alcohol and drug use among adolescents: an educational overview. *Int J Adolesc Med Health*. 2015; 27 (2): 207-212.
2. Rivera B, Casal B, Currais L. The social cost of illicit drugs use in Spain. *Int J Drug Policy*. 2017; 44:92-104.
3. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Informe Europeo sobre Drogas. Tendencias y novedades. Oficina de Publicaciones de la Unión Europea: Luxemburgo. 2019.
4. Gutierrez A, Sher L. Alcohol and drug use among adolescents: an educational overview. *Int J Adolesc Med Health*. 2015; 27 (2): 2017-212.
5. Peñafiel Pedrosa E. Factores de riesgo y protección en el consumo de sustancias en adolescentes. *Puls*. 2009; 32: 147-173.
6. Wlodarczyk O, Schwarze M, Rumpf HJ, et al. Protective mental health factors in children of parents with alcohol and drug use disorders: A systematic review. *PLoS One*. 2017; 12(6): e0179140.
7. Grim BJ, Grim ME. Belief, behavior and belonging: How faith is indispensable in preventing and recovering from substance abuse [published correction appears in *J Relig Health*. 2019 Aug 21]. *J Relig Health*. 2019; 58 (5): 1713-1750.
8. Verhaeghe N, Lievens D, Annemans L, et al. Methodological considerations in social cost studies of addictive substances: A systematic literatura review. *Front Public Health*. 2017; 4: 295.
9. Cartwright WS. Economic costs of drug abuse: financial, cost of illness, and services. *J Subst Abuse Treat*. 2008; 34 (2): 224-233.
10. Martín González E. Psicología y drogas: aproximación histórica, situación actual y perspectivas de futuro. *Papeles del psicólogo*. 2000; 77: 3-12.
11. National Institute on Drug Abuse (NIDA). National Institute on Drug Abuse National Institutes of Health U.S. Department of Health and Human Services. Principles of drug addiction treatment: A research-based guide. NIH Publication No. 12-4180, 1999. Disponible en: <https://www.drugabuse.gov/sites/default/files/podat.1.pdf>.
12. Manual sobre programas de prevención del uso indebido de drogas con participación de los jóvenes. Una guía de desarrollo y perfeccionamiento. Nueva York: Oficina de las Naciones Unidas de Fiscalización de Drogas y de Prevención del Delito; 2002. Disponible en: https://www.unodc.org/documents/drug-prevention-and-treatment/S_handbook.pdf.

13. Chakravarthy B, Shah S, Lotfipour S. Adolescent drug abuse -awareness & prevention. *Indian J Med Res.* 2013; 137 (6): 1021-1023.
14. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. El papel de atención primaria ante los problemas de salud relacionados con el consumo de drogas. Semfyc ediciones: Barcelona, 2007.
15. Ruiz Martínez M, Aguilar Ros A, Rubio Valladolid G. Manual de drogodependencias para enfermería. Madrid: Ediciones Díaz de Santos, 2002.
16. NIDA. Enfoques de tratamiento para la drogadicción – DrugFacts. *National Institute on Drug Abuse*. 2013; 17 (3): 205-216. *Abuse*, 2020. <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/drugfacts/enfoques-de-tratamiento-para-la-drogadiccion>. Accedido 19 julio 2020.
17. Tejero A, Trujols J, Hernández E, Perez de los Cobos J, Casas M. Processes of change assessment in heroin addicts following the Prochaska and DiClemente transtheoretical model. *Drug Alcohol Depend.* 1997; 47 (1): 31-37.
18. Molina Prado R. Consumo de tabaco, alcohol y drogas en la adolescencia. *Pediatr Integral.* 2013; 17 (3): 205-216.
19. Doherty M, Buchy P, Standaert B, Giaquinto C, Prado-Cohrs D. Vaccine impact: Benefits for human health. *Vaccine.* 2016; 34 (52): 6707-6714.
20. Zapata Vanegas, MA. La Familia, soporte para la recuperación de la adicción a las drogas. *Revista CES Psicología.* 2009, 2 (2): 86-94.

Tema 6. Población con problemas mentales.

RUIZ GARCÍA, MANUEL EDUARDO

1. Introducción.

El rol y la percepción social del enfermo mental se han ido modificando a través del tiempo, en relación con la evolución del pensamiento y el progreso mismo de la humanidad. Hoy día, no cabe duda, que, al etiquetar a un individuo como enfermo mental, y al configurarlo dentro de una construcción social se le han atribuido unas características que han servido para simbolizar las defensas fóbicas sociales. El enfermo mental ha sido clasificado dentro de un subgrupo social de diferentes capacidades y, en ocasiones se ha utilizado para justificar su aislamiento social, acentuando de manera ostensible su vulnerabilidad¹.

Los trastornos mentales son una problemática de primera magnitud en nuestra sociedad, no sólo por su elevada incidencia y morbilidad, sino por el impacto social que sufren tanto los pacientes como sus familias y su entorno¹. Se estima que los trastornos mentales son los más importantes y costosos debido a su cronicidad, inicio a edades tempranas, y deterioro que produce en la calidad de vida de los afectados².

2. Valoración de las necesidades y entorno sociofamiliar del paciente con problemas mentales.

La valoración del enfermo mental se basa en las cinco dimensiones fundamentales que delimitan la naturaleza del funcionamiento humano según sus necesidades básicas (figura 1). Actualmente, para mejorar el funcionamiento de la persona, se tiende a definir “el sistema de apoyos” basándose en esas necesidades básicas, concretando con el individuo también aquellas acciones que promueven su desarrollo, educación e inquietudes hasta conseguir su bienestar personal³.

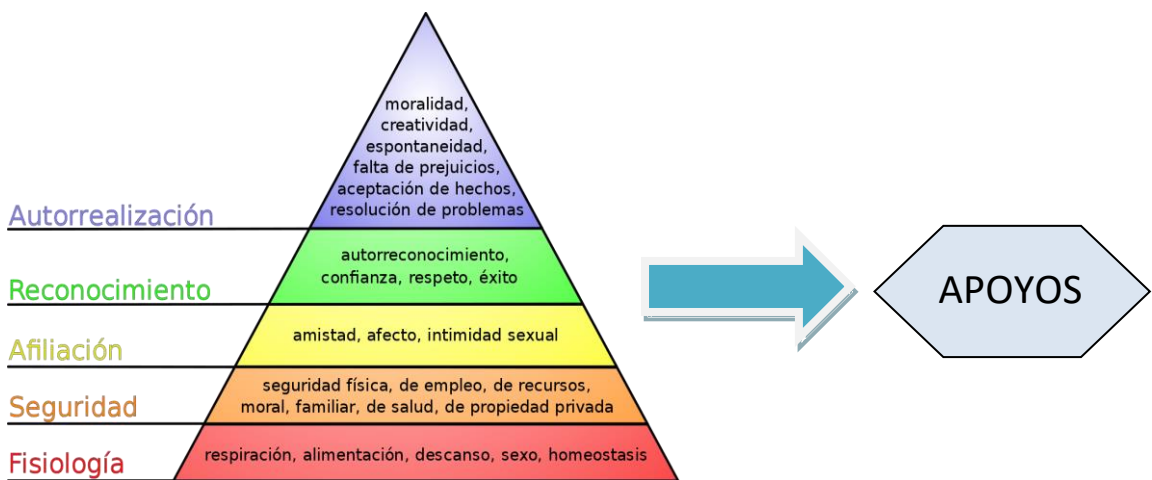


Figura 1. Esquema conceptual del funcionamiento humano según necesidades básicas³.

Una vez realizada la recogida de aquellos datos más significativos de los problemas de salud se elabora una "Valoración integral del paciente", se logra enumerar una guía de diagnósticos, objetivos e intervenciones que ayuda al enfermero a detectar sus necesidades de cuidados y así facilitar las actividades oportunas para suplirlas³. La inmersión en el medio en el que se desenvuelve el paciente, junto con la técnica de entrevista son imprescindibles para recoger datos sobre la salud del paciente. La fuente de éstos puede ser la propia persona, su familia o personas de su entorno. El paciente puede estar acompañado de un familiar, preferentemente el cuidador principal, que nos ayude en la identificación de necesidades⁴.

El plan de cuidados de un paciente de salud mental, tiene como objetivos fundamentales el desarrollar en la familia expectativas realistas, reducir la vulnerabilidad de la persona afectada ante estímulos amenazantes, favorecer un ambiente para evitar riesgo de recaídas favoreciendo la adherencia al tratamiento, estimular la comunicación familiar y comunitaria potenciando aspectos protectores del entorno y por último evitar el aislamiento social del individuo y de la familia evitando situaciones estresantes y procurando un clima emocionalmente equilibrado^{3,4}.

Por ello, es importante pues establecer una alianza terapéutica con el paciente y la familia, trabajando estrategias de afrontamiento en situaciones problemáticas. Es necesario que la familia tenga información sobre la enfermedad, sobre la medicación prescrita al paciente y establecer un manejo eficaz de posibles situaciones difíciles. La familia debe disponer de todas las herramientas necesarias para tener la sensación de control del momento, de equilibrio y de normalidad de las situaciones, que en otras ocasiones han podido vivir como incontrolables⁵. Es conveniente, además, promover diferentes actividades sociales y de ocio dirigidas a reintegrar en la comunidad al paciente afectado, actividades dirigidas a la inserción en el mundo laboral, y también

otras actividades para los familiares, de respiro, de formación, de recuperación de vida social anteriormente comprometida⁶.

3. Seguimiento domiciliario del paciente con problemas mentales.

La atención domiciliaria en el enfermo mental tiene la finalidad de preservar la calidad de vida del individuo y familia, respetando siempre la autonomía de los afectados, minimizando los posibles riesgos o crisis de normalidad que se puedan producir, atendiendo necesidades de ocio, de relación social, de permanecer y ser cuidadas en su entorno⁶. Es necesario realizar antes de la intervención en el domicilio un trabajo previo en consulta en el que se han de revisar los datos incluidos en la historia clínica del paciente (datos generales, antecedentes, patologías, tratamientos, historial de ingresos en hospital). Se realiza la correspondiente valoración previa de necesidades de Marjory Gordon o de Virginia Henderson y se elaboran unos planes provisionales de cuidados para la intervención⁷. Se han de tener en cuenta los recursos sociosanitarios disponibles, la presencia de ayuda a domicilio, de cuidador informal y de instituciones de salud mental a las que acude. En resumen, se elabora un mapa de características, recursos, competencias a las que el paciente puede recurrir⁸.

Con el conocimiento pleno de las características del paciente, hemos de realizar la inmersión en el entorno del mismo, en su hogar, realizando la visita en presencia del paciente y/o la familia o persona cuidadora si fuera posible. Se realiza una estructurada recogida de información (con test y escalas validadas, aplicadas y orientadas para el momento) y se van modificando los planes antes elaborados por patrones funcionales, cambiándose según nuevas percepciones del profesional, versión del paciente, pareceres, preocupaciones y sobre todo necesidades del mismo y de su entorno familiar⁹.

Con este proceso se valora de forma importante la capacitación, la independencia, la denominada autonomía personal, se puede determinar ya fuera del contexto de la consulta, la verdadera forma de desenvolverse en el medio cotidiano y se detectan de forma intrínseca los verdaderos riesgos que pueden limitar su autonomía. Además de la valoración del sujeto, la inmersión se realiza con el acompañamiento de la familia, se conocen entonces las responsabilidades de cada uno de los miembros del hogar, los roles que representan, las experiencias que nos describen y las vivencias que se han alterado antes del desarrollo de la enfermedad, así como las actuales que se dan en la cotidianidad¹⁰.

En esa dinámica familiar podemos identificar niveles de control que existen en caso de episodios de crisis de comportamiento que ha provocado la enfermedad, las medidas que se adoptan en esos casos, los factores desencadenantes, las normas de apoyo para paliar los efectos posteriores, las necesidades de acción, de decisión, de actitud de los miembros que padecen esas situaciones; así como habilidades de adaptación para evitar nuevos incidentes, formas de aprendizaje de los mismos y

preparación y fortalecimiento para eventos futuros¹¹. Se disponen de instrumentos muy oportunos para esta fase de seguimiento domiciliario que nos permiten evaluar en un progreso adecuado la adaptación familiar al proceso, destacando la escala de Apgar Familiar o la escala de Gijón cuando ya se detecta mucho deterioro en la relación familiar o social¹².

Actuando en todas las dimensiones del sujeto, hay que valorar también el espacio físico (accesos a la vivienda, luz, aireación, existencia de escaleras) para valorar aquellas necesidades de adaptación del medio frente a las limitaciones físicas del paciente, de manera que podamos evitar accidentes o medios de lesión¹³. Una vez acabado este proceso de valoración puntual, que deberá de repetirse en los períodos que se consideren según frecuencia de crisis o agravamiento de las mismas, se ha de modificar el plan de cuidados previamente diseñado¹⁴.

La visita domiciliaria se puede volver a producir cuando las necesidades del sujeto y familia no acaban de ser cubiertas, también cuando se produce otra crisis u otra situación inesperada no reflejada anteriormente o no prevista y hay pues que revisar los planes de contingencia realizados, todo con la premisa absoluta de lograr la mejor calidad de vida o la mayor autonomía posible¹⁵.

4. Paciente en situación de crisis o descompensación aguda.

El afrontamiento de las situaciones de crisis o descompensación aguda en el ámbito domiciliario, requiere en primer lugar la identificación del tipo de trastorno. A continuación, se muestran los principales trastornos, con la sintomatología derivada y el posible abordaje terapéutico¹⁶ (tabla 1).

Tabla 1. Tipología de los trastornos mentales¹⁶.

Denominación	Síntomas	Abordaje
Trastornos del neurodesarrollo	Discapacidad intelectual, trastorno del espectro autista, el TDAH o los trastornos del aprendizaje, comunicación o motores.	Corregir /colaborar /suplir déficits y dificultades en diferentes habilidades y capacidades.
esquizofrenia y otros trastornos psicóticos	Períodos de efusividad manifestados con alucinaciones perceptivas y delirios cognitivos alternados con anhedonia.	Manejar/ tratar la continua alternancia que produce un severo desgaste emocional en el paciente.
Trastorno Bipolar y trastornos relacionados	Alternancia entre dos polos emocionales opuestos, manía y depresión.	Manejar/ tratar las fases de euforia a una situación de tristeza, desmotivación y desesperanza.

Trastornos depresivos	Estado de tristeza patológica y persistente, abulia, distimia.	Intervención psicoterápica de la enfermedad y de los problemas relacionados.
Trastornos de ansiedad	Alto nivel de activación psicofisiológica que puede desarrollar fobias ante prácticamente cualquier estímulo.	Terapia sobre las situaciones o cosas que provocan la ansiedad, pudiendo ser trastornos muy limitantes en la vida cotidiana.
Trastorno obsesivo-compulsivo y relacionados	Elevada ansiedad, pudiendo o no acompañarse de compulsiones o de acciones estereotipadas.	Terapia sobre las obsesiones, ideas intrusivas y repetitivas que son reconocidas como propias y en general como absurdas por el propio sujeto.
Trauma y otros trastornos relacionados con el estrés	Elevada ansiedad.	Terapia frente a la presencia o ausencia de un estresor concreto que provocan en el sujeto un patrón de comportamiento.
Trastornos disociativos	Histeria, amnesia disociativa, despersonalización o trastorno de personalidad múltiple.	Corregir /colaborar /suplir déficits y dificultades en memoria o en identidad.
Trastorno por síntomas somáticos y trastornos relacionados	Histeria, síntomas somáticos, hipocondría.	Terapia frente a la presencia de síntomas físicos producto de la propia mente.
Trastornos de la alimentación	Anorexia y bulimia.	Terapia frente a la distorsión de la imagen corporal.
Trastornos de la excreción	Enuresis y encopresis.	Terapia frente a los trastornos de la eliminación que se producen en situaciones no controladas.
Trastornos del sueño-vigilia	Insomnio, hipersomnias y parasomnias.	Terapia frente a problemas de cansancio, desmotivación y en algunos casos problemas de memoria y atención.
Disfunciones sexuales	Eyaculación precoz, los problemas de erección, la anorgasmia o el deseo sexual inhibido.	Terapia para corregir la dificultad en las fases de la respuesta sexual humana.
Trastornos destructivos del control de los impulsos y de la conductas	El trastorno explosivo intermitente, la cleptomanía o la piromanía.	Terapia para resistir el impulso súbito que provoca la alteración de conducta.
Trastornos por uso de sustancias y trastornos adictivos	Adicción, dependencia, intoxicación y abstinencia a	Manejar/ tratar esa adicción.

	diferentes sustancias.	
Trastornos neurocognitivos	Síndromes confusionales, delirium o demencias.	Manejar/ tratar alteración en la conciencia o en los procesos mentales.
Trastornos parafilicos	Parafilias como el voyeurismo, el exhibicionismo, el sadismo sexual, el masoquismo o lapedofilia.	Terapia para corregir la dificultad en las fases de la respuesta sexual humana.
Trastornos de personalidad	El trastorno límite de la personalidad, la personalidad antisocial, el trastorno histriónico, la personalidad obsesiva o la personalidad evitativa.	Terapia de respuesta a determinados estímulos del medio.

Una vez identificado o sospechado el origen del episodio de descompensación que se nos presenta, es evidente que se establecen diferentes grupos de intervención a desarrollar en el domicilio según la situación del individuo¹⁷:

- **Crisis en pacientes sanos, sin enfermedad ni alteración previa.**

Sin una historia patológica previa, la situación que se puede crear en estos casos es insospechada y puede ser muy diversa con síntomas fácilmente identificables y tratables como problema agudo o bien puede ser compleja, sin señales definidas y con un abordaje general orientado al tratamiento de los síntomas visibles y no al origen de la causa de los mismos¹⁷.

- **Pacientes diagnosticados, con la enfermedad crónica establecida, sin problemas funcionales.**

Las acciones que se aplican hasta el episodio crítico son de carácter preventivo, pero ahora más enfocados a focos identificados de origen, fomento del autocuidado y terapias conductuales orientadas al autocontrol y a evitar situaciones previas a dicho episodio. En éste caso hay una valoración orientativa previa que nos hace saber actuar frente a la descompensación, el equipo de urgencias puede intervenir con un diagnóstico de sospecha y enfocar mejor el tratamiento¹⁸.

- **Personas diagnosticadas en riesgo de deterioro funcional actualmente independientes.**

En este caso la situación que nos encontramos es totalmente identificable por haber ocurrido en varias ocasiones, existe discapacidad diagnosticada y valorada pero el tratamiento conservador no es suficiente. Ahora las intervenciones tienen un objetivo de mejoría en el cuidado curativo y rehabilitador, se intentando revertir la situación de pérdida de independencia mediante un cambio en la terapia, una mejor adaptación del entorno físico y familiar y la puesta en funcionamiento de los recursos necesarios que no se aplicaron en su momento^{17,18}.

- **Personas diagnosticadas en situación de dependencia de carácter transitorio o permanente.**

Las crisis se han producido muy frecuentemente, se han realizado diversas intervenciones con enfoque curativo, rehabilitador y preventivo dirigidas a recuperar funcionalidad y prevenir un mayor deterioro que agrave la enfermedad. La gravedad del incidente no suele ser diferente de otros anteriores y las medidas a tomar en la nueva situación ya sostienen un resultado esperado que anteriormente ya ha provocado un mayor beneficio¹⁸.

Aún se puede buscar nuevas terapias no abordadas, intervenir junto a otros profesionales sociosanitarios desarrollando acciones multifocales que puedan alumbrar nuevas soluciones de autonomía y salud para el paciente. Pero lo que sí encontramos es un deterioro en la independencia de nuestro sujeto, una enfermedad más avanzada y con menos probabilidad de retraer los signos y síntomas de la enfermedad¹⁹.

- **Paciente que abandona el tratamiento o no tiene adhesión.**

La adherencia terapéutica es un concepto amplio que comprende desde aspectos higiénico-sanitarios (seguir una dieta, realizar ejercicios físicos regularmente, evitar el estrés, regular el consumo de alcohol), hasta el cumplir con las citas de seguimiento (programadas como parte del propio tratamiento), el cumplir con las prescripciones de cuidados, la participación activa en las psicoterapias y la toma de la medicación prescrita^{20,21}.

Por otra parte, la adherencia requiere que el enfermo esté de acuerdo con las recomendaciones y prescripciones y tenga una participación activa en su propio proceso terapéutico. Es esencial que haya una buena comunicación enfermera/paciente para que la práctica asistencial sea efectiva. Los profesionales deben usar sus habilidades para involucrar al enfermo mental y a la familia en el proceso terapéutico y mejorar su adherencia al mismo. Si estos participan plenamente en las decisiones sobre la estrategia terapéutica a seguir, es más que probable que acepten el régimen terapéutico acordado²².

Se ha de tener en cuenta que es un paciente crónico con características especiales precisa de dedicación especial en su régimen terapéutico, destacando la vertiente de intervención mental, psíquica e intencional. El refuerzo e insistencia en las

intervenciones con pacientes con enfermedad mental y sus familias son necesarias, útiles y eficaces²¹.

La intervención familiar es imprescindible y totalmente vinculante con el abordaje del paciente. Son actores que nos suplen y relevan dentro del hogar en los cuidados, contribuyen a prevenir recaídas, neutralizan o evitan comportamientos inapropiados, colaboran en la extinción de sus conductas problemáticas y desadaptadas, y fomentan en el paciente comportamientos autónomos y normalizados²².

5. Cuidadores de familiares con problemas mentales.

Siempre de forma paralela a la valoración y elaboración de los planes de cuidados del paciente hay que añadir en los mismos su correspondiente apartado de valoración y cuidado a la familia. Pero, al igual que se trataba el origen patológico del paciente, con los familiares se establecen diferentes grupos de intervención a desarrollar en el domicilio según dicha patología²³:

- **Atención a familias de pacientes sanos, que no han debutado con la enfermedad ni han tenido alteración previa.**

El debut de la enfermedad es un shock para la familia. La familia requiere un abordaje general que se orienta a la contención de los síntomas visibles y no al origen de la causa de los mismos. Se ha de dar información verídica sobre la situación a los cuidadores, instruir sobre las acciones venideras para evitar que el paciente se autolesione o avance en una patología sin apoyos cercanos, dar formación en suplencia de funciones y en reconocimiento de síntomas agudos²⁴.

- **Atención a familias de pacientes diagnosticados, con enfermedad crónica establecida, pero que aún no tiene problemas funcionales.**

Nos encontramos con familiares realmente implicados o bien con ausencia de apoyos claros para el paciente, hemos de trabajar siempre favoreciendo el desarrollo menos nocivo de la enfermedad. Ahora hay cierta información sobre signos, síntomas, tratamientos y sobre un futuro incierto de evolución que casi siempre ofrece muchas dudas, muchas interrogantes que deben de resolverse en continuas consultas de terapia familiar que no siempre encuentran resultados positivos a corto plazo. Requiere de un tiempo adicional que debe incluirse evidentemente en parte del tratamiento del enfermo mental²³.

- **Crisis en familias de personas diagnosticadas en riesgo de deterioro funcional que por ahora son independientes.**

La enfermedad está progresando, pero aún la situación es controlable en el entorno familiar, es cuando los apoyos se han afianzado, los tratamientos están dando o no el fruto esperado y es cuando comenzamos a encontrar claras evidencias de cansancio en los roles de cuidador que tiene la familia. La enfermera ha alcanzado cuotas de confianza y ha establecido cierto vínculo familiar, recibe información precisa sobre evolución del paciente, recaídas que no llegan a ser episodios críticos, mejoría de sintomatología, y alternancia de terapias²³. El servicio de atención domiciliaria se ha de activar cuando las personas son aún autónomas y con la finalización de estancias en instituciones hospitalarias de agudos debido a que hay que facilitar su adaptación al hogar, disminuyendo riesgos y aportando recursos que permitan permanecer en él mientras sea posible²⁴. Y es entonces cuando ya se recurre a otro tipo de apoyos sociosanitarios, desde la enfermería de casos, terapeutas ocupacionales, ingresos temporales en instituciones sociales y centros de atención ambulatoria que promueven la inclusión social²³.

- **Crisis en familias de personas diagnosticadas que son dependientes.**

Así pues, con la familia, independientemente de la situación funcional del paciente con trastorno mental, se deben incluir intervenciones dirigidas a respetar la autonomía propia y del enfermo, se debe de prevenir la soledad de los miembros cuidadores y el aislamiento social que pueden sufrir los mismos (son muy interesantes los programas de respiro familiar). Se debe de atender a la persona cuidadora, sus dolencias, sus inquietudes e interrogantes, siempre realizando acciones con enfoque centrado en el grupo familiar, el paciente y la familia saldrán beneficiados mutuamente¹⁹.

Sólo se considera beneficioso un tratamiento en vía de ejecución o un progreso en el mismo, cuando paciente y familia alcanzan los objetivos propuestos y los mantienen. Si el paso del tiempo evidencia que el funcionamiento del proceso es el esperado, se propone a ambos actores dos opciones: una cuando la mejora de la intervención puede incluir nuevos objetivos (mejorando aquellos que abarcan más la familia) y otra cuando las sesiones van disminuyendo de forma progresiva en frecuencia para ya poder dar por finalizada la terapia una la vez que las metas logradas se mantienen²⁴.

Bibliografía.

1. Herrera Gómez M, Soriano Miras R.S., La teoría de la acción social en Erving Goffman. Universidad de Granada. Departamento de Sociología. Papers 73, 2004. Pág. 59-79
2. Mental Health Gap Action Programme - Intervention Guide (mhGAP-IG), OMS, 2010.
3. Mahmoud A, Wahba, Lawrence G, Bridwell. Maslow reconsidered: A review of research on the need hierarchy theory. Baruch College, The City University of New York USA, 2004.
4. Verdugo Alonso MA, Aguado Díaz AL. Personas con discapacidad: perspectivas psicopedagógicas. Editorial: Siglo XXI de España Editores, S.A., Madrid. 1998.
5. Schalock et al. Manual de la AAIDD, Intellectual Disability: Diagnosis, Classification, and Systems of Supports (11ª edición). 2010.
6. OMS. Contribución al desarrollo social y económico: la actuación multisectorial sostenible para mejorar la salud y la equidad sanitaria (seguimiento de la Octava Conferencia Mundial de Promoción de la Salud). Informe de la Secretaría. Disponible en http://www.who.int/healthpromotion/conferences/8gchp/statement_2013/en/index.html (consultado el 24 de julio de 2020).
7. Carmona Calvo, José et al. III Plan integral de salud mental de Andalucía 2016-2020. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud; 2016.
8. Verdugo Alonso MA, Schalock Robert L. *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*. 2010; 41 (4): 7-21.
9. Vallina Fernández O, Lemos Giráldez S. Dos décadas de intervenciones familiares en esquizofrenia. *Psicothema*. 2000; 12: 671-681.
10. Consejo Internacional de Enfermeras. La definición de enfermería. 2010, disponible en: <http://www.icn.ch/es/abouticn/icnzdefinitionzofznursing> (consultado el 24 de julio de 2020).
11. Contel Segura JC. Atención domiciliaria: una reflexión más allá de nuestro modelo. *Jano: Medicina y humanidades*. 2005; 1578: 81.
12. Alegre Y, Suárez M. CADEC Instrumentos de Atención a la Familia: El Familiograma y el APGAR familiar. *Rampa*. 2006; 1 (1):48-57.
13. Jakovljevic M. Creativity, mental disorders and their treatment: recovery-oriented psychopharmacotherapy. *Psychiatr Danub*. 2013; 25 (3): 311-315.
14. Duque del Río C. Nurses Home: enfermería en el domicilio. Un enfoque integrado de la Enfermería ante los retos del futuro. *Revista de Administración Sanitaria siglo XXI*. 2009; 7 (2): 323-339.

15. Kenbubpha K, Higgins I, Chan SW, Wilson A. Promoting active ageing in older people with mental disorders living in the community: An integrative review. *Int J Nurs Pract.* 2018; 24 (3): e12624.
16. Kenbubpha K, Higgins I, Wilson A, Chan SW. Testing psychometric properties of a new instrument 'Promoting active ageing in older people with mental disorders scale' from a cross-sectional study. *Psychogeriatrics.* 2019; 19 (4): 370-383.
17. Sawa A, Kida S, Ikeda K. Microphenotypes of mental disorders: a systematic approach to study disease mechanisms. *Curr Mol Med.* 2015; 15 (2): 109-110.
18. American Psychiatric Association. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Quinta edición. DSM-V. Masson, Barcelona. 2013
19. Martín Lesende I, Gorroñoigoitia Iturbe A, Gómez Pavón J, Baztán Cortés JJ, Abizanda Soler P. El anciano frágil. Detección y tratamiento en AP. Atención Primaria [Internet]. 1 de julio de 2010; 42 (7): 388-93. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656709005666>.
20. Ferrer VA. Adherencia o cumplimiento de las prescripciones terapéuticas. Conceptos y factores implicados. *Rev. Psicol. Salud.* 1995; 7 (1):34-61.
21. Crici Amell R. La adherencia al tratamiento de los pacientes psicóticos. *Rev Psiquiatría Fac Med Barna.* 2002; 29(4): 232-238.
22. Brownie S, Scott R, Rossiter R. Therapeutic communication and relationships in chronic and complex care. *Nurs Stand.* 2016; 31 (6):54-63.
23. Barrios Flores LF. El tratamiento ambulatorio involuntario, perspectiva jurídica. Newsletter de la Sociedad Española de Psiquiatría Legal [revista electrónica] 2005 (12) [consultado 26-07-20]. Disponible en: <http://www.psiquiatrialegal.org/TratamientoInvFBarrrios.pdf>
24. Garcia-Calvente MM, Mateo-Rodríguez I. Relación entre los sistemas: Las cuidadoras informales y los servicios sanitarios y sociales. Cap. 16. En: Revilla L. En: Atención familiar en los enfermos crónicos, inmovilizados y terminales. 2001. Ed. Fundesdam. 351-385.

Tema 7. Migración y vulnerabilidad

JIMÉNEZ LASSERROTTE, MARÍA DEL MAR
GRANERO MOLINA, JOSÉ

1. Características sanitarias de la población migrante en situación de irregularidad administrativa.

La migración es un fenómeno que ha existido a lo largo de la historia de la humanidad. La Organización Internacional para la Migraciones (OIM)¹ define migración como “movimiento de población hacia el territorio de otro estado o dentro del mismo que abarca todo movimiento de personas sea cual fuere su tamaño, su composición o sus causas; incluye migración de refugiados, personas desplazadas, personas desarraigadas y migrantes económicos”. La Unión Europea recibe un tercio de la población inmigrante global, la mayoría de ellos llegan como inmigrantes irregulares². El estatus de irregularidad surge por la entrada a un país de forma ilegal, o porque el permiso de residencia o trabajo ha caducado³. La mayoría viene por motivos económicos y en búsqueda de una vida mejor, otros huyen de la guerra y de ser sometidos a un alto nivel de violencia⁴.

La desigualdad en materia de salud en los países de origen confiere a los inmigrantes que llegan a nuestro país la condición de vulnerabilidad⁵. Los principales condicionantes son las situaciones de hacinamiento, marginación, soledad o la situación administrativa de irregularidad que los convierte en un grupo de riesgo para contraer enfermedades⁶. El acceso a los servicios sociales y de salud varía⁷, las características sociales, religiosas, culturales influyen en las necesidades asistenciales⁶, a ello se unen la barrera jurídica, las barreras lingüísticas⁸.

Los inmigrantes tienen derecho a la asistencia sanitaria en los términos que establece el Real Decreto-Ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud (SNS)⁹, este supone un cambio radical, en lo que se refiere al derecho a la asistencia sanitaria prestada, para configurarse como un derecho de ciudadanía, de carácter universal. Actualmente este derecho está ligado a la residencia, extendiéndolo a las personas que se encuentren en situación irregular administrativamente en España, cuyo acceso había quedado vetado tras la entrada en vigor del Real Decreto 1192/2012, que limitó la asistencia sanitaria pública a situaciones de emergencia, de embarazo, parto y puerperio o para los menores de edad. Es competencia de las comunidades autónomas establecer un procedimiento para

acreditar a los ciudadanos extranjeros que no tienen permiso de residencia en España y recibir prestación asistencial. Para proporcionar una buena atención sanitaria es imprescindible conocer las dificultades y barreras de acceso a la salud, así como las principales enfermedades de la persona migrante, especialmente de los colectivos más vulnerables como las mujeres y los menores.

2. Vulnerabilidad frente a enfermedades transmisibles y no transmisibles.

2.1. Enfermedades transmisibles.

La Organización Mundial de la Salud¹⁰ define las enfermedades transmisibles como: aquellas que son causadas por microorganismos patógenos como bacterias, virus, parásitos u hongos. Estas enfermedades pueden transmitirse, directa o indirectamente de una persona a otra. Las zoonosis son enfermedades infecciosas en los animales que pueden ser transmitidas al hombre. En el caso de algunas enfermedades transmisibles, la prevalencia suele ser mayor en el colectivo inmigrante que en la población media española⁷, pero similar a la de la población de los barrios marginales. La posibilidad de la transmisión del patógeno al resto de la comunidad es muy pequeña. Constituye un problema de salud a nivel individual más que comunitario, por las condiciones sanitarias y de salud pública de España⁶. Por tanto, la migración no supone un riesgo para la salud pública de los países industrializados¹¹. El cribado se basa en la mejora de salud del individuo y en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad⁷, así como el control de la transmisión de enfermedades a nivel local¹².

- **Principales enfermedades transmisibles.**

Existe un riesgo muy bajo de transmisión de enfermedades transmisibles de la población migrante a la población de acogida en la Región Europea¹³. La proporción de refugiados y migrantes que llegan de países con una alta prevalencia de tuberculosis (TBC)⁷ es baja en comparación a otros países desarrollados. Lo mismo ocurre con el VIH. Según la OMS¹³, una proporción significativa de los migrantes que son VIH positivos se infectan después de haber llegado al país de acogida¹¹, y la mayoría de los casos de TBC son reactivaciones de infecciones latentes que progresan a enfermedad activa en los primeros años en el nuevo país⁶. Las infecciones por el virus de la hepatitis B (VHB) y el virus de la hepatitis C (VHC) son más comunes entre los refugiados y migrantes procedentes de África, Sudeste Asiático y América latina, estimándose porcentajes más altos de población infectada¹¹.

El prurito intenso se relaciona en la mayoría de los casos con infecciones por escabiosis o sarna, o con otras enfermedades parasitarias¹⁴ como la pediculosis. Los parásitos intestinales más comunes en inmigrantes procedentes de zonas tropicales y subtropicales, en especial las personas más pobres con falta de acceso a la asistencia sanitaria son: *Trichuris trichiura*, *Ascaris lumbricoides*, *Giardia lamblia*, *Entamoeba*

histolytica, *uncinarias*, *Strongyloides stercoralis* y *Schistosoma sp*, siendo los dos últimos potencialmente graves¹¹.

Las infecciones de transmisión sexual (ITS), representan un problema socioeconómico y de salud, que en los países en vías de desarrollo se ve afectado por la escasez de medios de protección, dificultad de diagnóstico y tratamiento¹¹, así como por las elevadas tasas de violencia sexual en el país de origen y durante el tránsito hacia el país de acogida⁵. En la tabla 1 se muestran las enfermedades de transmisión a nivel mundial.

Tabla 1. Principales enfermedades infecciosas importadas por inmigrantes y posibilidad de ser padecidas según continente de origen⁶

	Europa*	Asia	América**	África
Meningitis meningocócica	-	+	+	+
Cólera	-	+	+	+
Peste	0	+	-	+
Fiebres virales hemorrágicas	-	+	+	+
Lepra	-	+	+	+
Tuberculosis	+	++	++	++
Hepatitis	+	++	+	++
Enfermedades de transmisión sexual	+	+	+	++
SIDA	-	++	+	++
Parasitosis intestinal	-	+	+	++
Equistosomiasis	0	+	-	+
Strongyloidosis	0	+	+	+
Filariosis hemolinfáticas	0	+	-	++
Filariosis cutáneas	0	-	-	++
Malaria	0	+	+	++
Cisticercosis	+	+	++	+
Leishmaniasis	+	+	+	+
Enfermedad de Chagas	0	0	+	0
Enfermedad del sueño	0	0	0	+

* Inmigrantes procedentes de Europa del Este.

** Inmigrantes procedentes de Latinoamérica y del Caribe.

0 No existe en esa zona.

- Posible, aunque raramente observada.

+ Posible.

++ Muy posible.

- **Prevención primaria: vacunación y medidas de prevención.**

Las medidas de control de las enfermedades transmisibles son fundamentales para la prevención de la transmisión y contagio de enfermedades. La base se fundamenta en la vacunación tanto de profesionales sanitarios como de la población susceptible (viajeros, inmigrantes, cooperantes), y se solidifica con la formación y educación sanitaria sobre medidas de aislamiento y protección¹⁰.

- **Vacunación.**

Tabla 2. Calendario en caso de no aportar documentación de vacunación previa⁶.

Meses contados a partir de la primera visita							
Edad	0	1	2	4	6	12	24
Menores de 24 meses	DTPa VPI Hib(1) Hepatitis B ⁽²⁾ Men C ⁽³⁾ Triple Vírica ⁽⁴⁾		DTPa VPI Hib(1) Hepatitis B Men C ⁽³⁾	DTPa VPI Hib(1)	Hepatitis B	DTPa VPI Hib(1) Men C ⁽³⁾	
24 meses a 6 años	DTPa VPI Hib(1) Hepatitis B ⁽²⁾ Men C Triple Vírica	DTPa VPI Hepatitis B Triple Vírica ⁽⁷⁾	DTPa VPI		Hepatitis B	DTPa VPI (6)	dTpa ⁽⁵⁾
7 a 18 años	Td VPI Hepatitis B ⁽²⁾ Men C Triple Vírica	Td VPI Hepatitis B Triple Vírica ⁽⁷⁾			Hepatitis B	Td ⁽⁸⁾ VPI	
Mayores de 18 años	Td VPI Hepatitis B ^(2,9) Triple Vírica	Td VPI Hepatitis B Triple Vírica ⁽⁷⁾			Hepatitis B	Td ⁽⁸⁾ VPI	

DTPa: Vacuna frente a Difteria, Tétanos, Tos ferina (Pertusis a celular).

dTpa: Vacuna frente a Difteria, Tétanos, Tosferina (Pertusis a celular) de baja carga antigénica Hepatitis B: Vacuna frente al virus de la Hepatitis B.

Hib: Vacuna frente al Haemophilus influenzae b. Men C: Vacuna frente al Meningococo C.

Td: Vacuna frente a Tétanos y Difteria, tipo adulto.

Triple Vírica: Vacuna frente a Sarampión, Rubéola y Parotiditis. VPI: Vacuna antipoliomiéltica inactivada.

- **Medidas de prevención.**

Lavado de manos. La OMS¹⁵ estableció cinco momentos para la higiene de manos (figura 1).

Sus 5 Momentos para la Higiene de las Manos

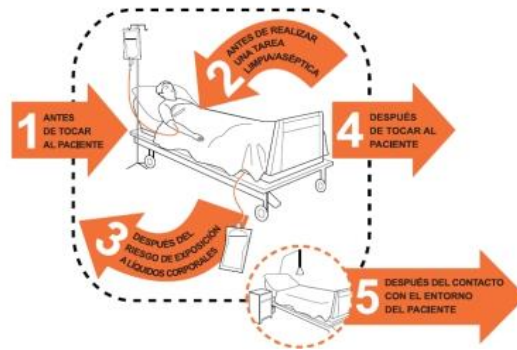


Figura 1. Los 5 momentos de la higiene de manos¹⁰.

Utilización de equipos de protección individual para primeros intervinientes. Estos equipos están regulados bajo unas normativas que garantizan la protección del usuario y del profesional sanitario, constan de los siguientes elementos:

- **Protección respiratoria:**

¿QUÉ ES QUÉ?



	Mascarilla Filtros de partículas	Mascarilla autofiltrante o media máscara filtrante contra partículas	Mascarilla quirúrgica	Mascarilla dual	Mascarilla higiénica
Uso previsto:	PROTEGER DE LA INHALACIÓN DE PARTICULAS PELIGROSAS A LA PERSONA QUE LA LLEVA PUESTA.	PROTEGER DE LA INHALACIÓN DE PARTICULAS PELIGROSAS A LA PERSONA QUE LA LLEVA PUESTA.	EVITAR LA TRANSMISIÓN DE AGENTES INFECCIOSOS PROCEDENTES DE LA PERSONA QUE LA LLEVA PUESTA. ADICIONALMENTE LAS QUE LLEVEN EL MARCADO IIR PUEDEN PROPORCIONAR PROTECCIÓN FRENTE A SALPICADURAS DE FLUIDOS POTENCIALMENTE CONTAMINADOS.	MASCARILLA QUIRÚRGICA + AUTOFILTRANTE CONTRA PARTICULAS.	NO ESTÁN DISEÑADAS PARA PROTEGER DE NINGUN RIESGO. NO SE RECOMIENDAN PARA SITUACIONES QUE IMPLIQUEN EXPOSICIÓN A AGENTES PELIGROSOS.
Certificación:	CONFORME REGLAMENTO (UE) 2016/425 RELATIVO A LOS EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL (EPI).	CONFORME REGLAMENTO (UE) 2016/425 RELATIVO A LOS EQUIPOS DE PROTECCIÓN INDIVIDUAL.	CONFORME DIRECTIVA 93/42/CEE, RELATIVA A LOS PRODUCTOS SANITARIOS. A PARTIR DEL 28 DE MAYO DE 2020 SERÁ DE APLICACIÓN EL REGLAMENTO (EU) 2017/745 SOBRE LOS PRODUCTOS SANITARIOS (PS).	CONFORME AMBAS REGLAMENTACIONES.	NO APLICABLE.
Normas armonizadas:	EN 140:1998 (MASCARILLA), EN 143:2000 Y EN 143:2000(A1):2008 (FILTRO).	EN 149:2001+A1.	EN 14883:2019+AC:2019.	EN 14883:2019+AC:2019, EN 149:2001+A1.	NO APLICABLE.
Ajuste facial:	PIEZA FACIAL HERMÉTICA. ENSAYO DE AJUSTE REQUERIDO.	PIEZA FACIAL HERMÉTICA. ENSAYO DE AJUSTE REQUERIDO.	PIEZA FACIAL NO HERMÉTICA. ENSAYO DE AJUSTE NO REQUERIDO.	PIEZA FACIAL HERMÉTICA. ENSAYO DE AJUSTE REQUERIDO.	PIEZA FACIAL NO HERMÉTICA.
Tipos/Clasificación:	MASCARILLA: NO APLICABLE. FILTRO: P1, P2, P3.	FFP1, FFP2, FFP3.	I, II, IIR.	FFP1, FFP2, FFP3 (COMO EPI), I, II, IIR (COMO PS).	NO APLICABLE.
Limitaciones de uso:	UTILIZADOS LOS DOS EQUIPOS CORRECTAMENTE PROPORCIONAN UN NIVEL ACEPTABLE DE PROTECCIÓN FRENTE A LA INHALACIÓN DE PARTICULAS. NO SE CONSIDERA PRODUCTO SANITARIO REUTILIZABLE.	UTILIZADA CORRECTAMENTE PROPORCIONA UN NIVEL ACEPTABLE DE PROTECCIÓN FRENTE A LA INHALACIÓN DE PARTICULAS. NO SE CONSIDERA PRODUCTO SANITARIO. DESECHABLE O REUTILIZABLE.	NO PROPORCIONA UN NIVEL FIABLE DE PROTECCIÓN FRENTE A LA INHALACIÓN DE PARTICULAS. NO SE CONSIDERA EPI. DESECHABLE.	UTILIZADA CORRECTAMENTE PROPORCIONA UN NIVEL ACEPTABLE DE PROTECCIÓN FRENTE A LA INHALACIÓN DE PARTICULAS. SE CONSIDERA PRODUCTO SANITARIO Y EPI.	NO SE CONSIDERA PRODUCTO SANITARIO. NO SE CONSIDERA EPI.
Possibilidad de limpieza y desinfección:	MASCARILLA: SI. FILTRO: NO.	SOLO LAS MARCADAS CON LA LETRA R (REUTILIZABLE MAS DE UN TURNO DE TRABAJO). SOLO SE LIMPIA Y DESINFECTA EL AJUSTE CON LA CARA, NO EL MATERIAL FILTRANTE.	NO.	NO APLICABLE.	NO.

Figura 2. ¿Qué es qué?¹⁶

- **Guantes, ropa de protección y protección ocular:**

Tabla 3. Medidas para garantizar el buen uso del EPI¹⁶.

RESUMEN MEDIDAS EPI		
Guantes	GAFAS	BATAS
UNE-EN ISO 374.5-2016	UNE-EN 166-2002	UNE-EN 14126-2004/UNE-EN 14605:2009
Garantizar:	Garantizar:	Garantizar:
1. Impermeabilidad	1. Cómoda	1. Manga larga con puño ajustado
2. Resistencia	2. Permitir visión periférica	2. Desde cuello hasta cubrir por debajo de la rodilla
3. Flexibilidad	3. Ajustable	3. Frente del cuerpo
4. Sensibilidad	Gafas con ventilación indirecta con recubrimiento anti vaho	4. Holgado
Tamaño correcto	Alta desinfección	5. Desechable
Guantes de nitrilo	Cerrar los ojos en la retirada	Resistente a la penetración de microorganismos y a líquidos.
NO lavar los guantes para reutilizar		

2.2. Enfermedades no transmisibles

Pese a que las enfermedades transmisibles suelen estar relacionadas con los desplazamientos y la migración, los inmigrantes en general no llegan enfermos a España. Son personas generalmente sanas y jóvenes que no representan ningún riesgo para la salud pública¹⁷. Sin embargo, pueden verse afectados en el país de acogida por diferentes problemas de salud debido a sus condiciones y estilos de vida¹⁸, condiciones laborales y la situación de irregularidad y soledad¹⁷. Cuanto más tiempo llevan de estancia en nuestro país, las patologías que presentan son similares a las del país de acogida, aumenta el riesgo de que sufran enfermedades cardiovasculares, accidentes cerebrovasculares o diabetes¹⁷. Así, podemos agrupar en cuatro categorías las enfermedades de los inmigrantes (figura 3).

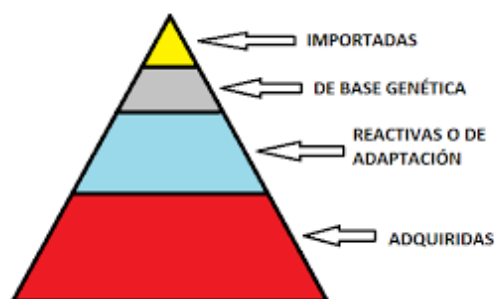


Figura 3. Enfermedades de los inmigrantes¹⁷.

Los principales problemas por los que las personas inmigrantes acuden a las consultas son procesos agudos similares a la población autóctona (tabla 4).

Tabla 4. Principales motivos de consulta en la población inmigrante¹⁹.

VARIABLE	Serie Hospital Clínico de Barcelona (n=181)	Sánchez-García ⁵ y col (n=344)	Ballesteros-Pérez ²¹ y col (n=156)	Sanz y col ⁴ (n=300)
Principales síntomas consulta (n, %)				
Síntomas respiratorios	33 (18)	68 (20)	17 (11)	121 (40)
Dolor abdominal	20 (11)	31 (9)	20 (13)	96 (32)
Lesiones dermatológicas	18 (10)	-	-	27 (9)
Alteraciones ritmo deposicional	10 (6)	-	-	-
Cefalea	13 (7)	41 (12)	-	87 (30)
Dolor torácico	17 (9)	-	8 (5)	-
Lumbalgia	11 (6)	65 (19)	-	207 (69)
Síntomas inespecíficos	59 (33)	89 (26)	106(68)	115 (38)
Embarazo	-	31 (9)	-	-
Accidentes	-	17 (5)	-	84 (28)
Ansiedad, depresión reactiva	-	-	5 (3)	55 (18)
Fiebre	-	-	-	12 (4)
Problemas oftalmológicos	-	-	-	18 (6)

3. La mujer migrante.

La salud reproductiva de las mujeres migrantes está adquiriendo un protagonismo en el campo de la salud pública. Son numerosas las mujeres que inicialmente viajaban para reagruparse con sus familias, pero cada vez es más frecuente que viajen solas¹⁴, siendo común una desigualdad de género que las posiciona en una situación de mayor vulnerabilidad²⁰. Durante el viaje migratorio, las mujeres están más

expuestas a sufrir daños físicos y psicológicos derivados del alto nivel de violencia, pudiendo ser víctimas de explotación sexual²¹. Por todos estos factores es necesario abordar su salud sexual y reproductiva, atendiendo enfermedades de transmisión sexual, control y seguimiento del embarazo, prácticas abortivas o la planificación familiar¹⁴

3.1. Estado de embarazo y la interrupción voluntaria del embarazo.

Estas mujeres presentan un déficit de control prenatal, siendo en muchas ocasiones tardío el diagnóstico del embarazo²², esto podría ocasionar una mayor morbilidad materna y perinatal²³. Conviene conocer los aspectos socio sanitarios de las mujeres migrantes que dificultan la atención ginecológica^{14,22,23}:

- El bajo nivel educativo, sobre todo en las mujeres marroquíes, que influye en las actividades de promoción, prevención y educación sanitaria.
- Las dificultades de integración, las barreras idiomáticas y las diferencias culturales también acabarán influyendo en la salud de estas mujeres.
- Alteraciones psicológicas derivadas del desarraigo y estrés por la adaptación.
- La no sistematización de atención antenatal en el país de origen.
- La situación de aislamiento, falta de autonomía y dependencia que la mayoría tienen de sus cónyuges.
- El pudor a la exploración ginecológica.
- Motivos laborales que impiden que acudan a las visitas, cuanto menor es el nivel económico más dificultad para acudir por los horarios laborales incompatibles.
- Las mujeres en situación de irregularidad, miedo a la denuncia por parte del personal sanitario.
- Desconocimiento del sistema sanitario y de sus derechos a las prestaciones. Estas dificultades para acceder influyen en el retraso en el control del embarazo.
- Violencia de género: alto grado de violencia, debemos detectar posibles situaciones de riesgo.
- En el caso de las mujeres islámicas: las principales barreras son la idiomática, las diferencias culturales y religiosas, así como falta de libertad de la mujer.
- Respecto a las mujeres del África Subsahariana: tener presente tradiciones y prácticas sexuales negativas como son las mutilaciones genitales femeninas, los matrimonios muy precoces y la violencia machista.

Estudios existentes apuntan que la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE), es una práctica más frecuente entre las mujeres inmigrantes que entre las autóctonas. Algunas mujeres utilizan el aborto como método anticonceptivo en ausencia de una planificación familiar y realizado en algunos casos por su cuenta, sin acudir a un centro sanitario¹⁴. El número de embarazos no deseados empuja a estas mujeres al uso de métodos abortivos que pueden ocasionar abortos incompletos y complicaciones de salud graves¹¹, como hemorragias intensas debidas a la auto-introducción de fármacos

dilatadores del útero en la vagina¹⁴. Según González²⁴, los signos de un aborto espontáneo serían:

- Manchado o sangrado vaginal.
- Dolor o calambres en el abdomen o la parte inferior de la espalda.
- Fluidos o tejidos que salen por la vagina.

Para las mujeres magrebíes, los procedimientos anticonceptivos modernos eran tabú hasta hace poco tiempo, e incluso la vasectomía y la ligadura de trompas están prohibidos. Recurren al aborto con métodos tradicionales y peligrosos²⁵. Se trata de una cuestión fundamental, ante la amenaza que supone tantos embarazos consecutivos para su propia salud y la sus hijos¹¹. Las mujeres subsaharianas desconocen en general los métodos anticonceptivos por falta de información y es elevada la demanda de IVE¹¹. En su tránsito clandestino por Marruecos, utilizan farmacoterapia como el Misoprostol, sin control sanitario que les causa abortos incompletos²⁵. Es importante puntualizar que la situación sanitaria de la mujer migrante se debe en gran parte a las condiciones sociales, económicas y de marginalidad que hemos enumerado, influyendo en los comportamientos reproductivos¹⁴.

3.2. Infecciones ginecológicas y violencia contra las mujeres.

Según la Organización Médica Colegial (OMC), 2011, la infección de transmisión sexual (ITS) engloba un conjunto de patologías de etiología infecciosa que dan lugar a diversos cuadros clínicos, donde la transmisión sexual reviste un especial interés epidemiológico. Según la OMS²⁶, existen más de 30 tipos de microorganismos que se transmiten por contacto sexual, pero suelen ser ocho los que tienen mayor incidencia, como la sífilis, gonorrea, clamidiasis y tricomoniasis, hepatitis B, virus del herpes simple, VIH y virus del papiloma humano VPH (tabla 5).

Tabla 5. Infecciones de transmisión sexual y periodo para búsqueda activa de contactos²⁷

ITs	Periodo de notificación
Chancroide	10-15 días antes del
Inicio de síntomas Infección por clamidia	60 días
Antes del inicio de síntomas Donovanosis	40-80 días
<i>Antes del inicio de síntomas</i>	
Gonococia	60 días antes del inicio de síntomas
Hepatitis A	Entre 2 semanas antes y 1 semana después del inicio
de la ictericia Hepatitis B	2 semanas antes del inicio de la ictericia
Herpes virus	Pareja actual
Infección por el VIH	3 meses antes de un test
Previo negativo Linfogranuloma venéreo	30 días
Antes del inicio de síntomas Pediculosis	12 semanas
<i>Antes del inicio de síntomas</i>	
Escabiosis	8 semanas antes del inicio de síntomas
Sífilis	-Sífilis primaria: 3 meses antes del inicio de síntomas
	-Sífilis latente precoz: 12 meses antes del diagnóstico
Tricomoniasis	60 días antes del inicio de síntomas o del diagnóstico
Verrugas anogenitales	Pareja actual

En un estudio realizado por Diez y Díaz²⁷, muestran que para acabar con la enfermedad es esencial no solo diagnosticar y tratar a la víctima, sino también tratar a las parejas sexuales para prevenir futuras infecciones. Muchas de estas mujeres huyen de una cultura de violencia, en sus países de origen sufren maltrato, feminicidio, matrimonio forzado, violencia sexual, explotación sexual, mutilación genital femenina e incluso pueden ser víctimas de trata de seres humanos^{21,28}. En la siguiente tabla se muestran las principales consecuencias para la salud de las mujeres que sufren violencia sexual desde el punto de vista de su salud reproductiva y mental²⁸ (tabla 6).

Tabla 6. Consecuencias de la violencia y la coacción sexual para la salud de la mujer²⁸.

Salud reproductiva	<ul style="list-style-type: none"> - Traumatismo ginecológico - Embarazo no planeado - Aborto inseguro - Disfunción sexual - Infecciones de transmisión sexual (ITS), incluida la infección por el VIH - Fístula traumática
Salud mental	<ul style="list-style-type: none"> - Depresión - Trastorno por estrés postraumático - Ansiedad - Dificultades del sueño - Síntomas somáticos - Comportamiento suicida - Trastorno de pánico
Conductuales	<ul style="list-style-type: none"> - Comportamiento de alto riesgo (por ejemplo, relaciones sexuales sin protección, iniciación sexual consensual temprana, múltiples compañeros íntimos, abuso del alcohol y otras drogas) - Riesgo mayor de perpetrar (los hombres) o de sufrir (las mujeres) violencia sexual posteriormente
Resultados mortales	<p>Muerte por:</p> <ul style="list-style-type: none"> - suicidio - complicaciones del embarazo - aborto inseguro - sida - asesinato durante la violación o en defensa del "honor" - infanticidio de un niño nacido como resultado de una violación

4. Salud Infantil

En los últimos años se ha visto un incremento del número de menores que migran hacia nuestro país por diversos motivos como la pobreza, las guerras o el hambre²⁹. Los menores se ven sometidos a un viaje muy peligroso, en muchas ocasiones solos, expuestos a la violencia, abusos sexuales y a un alto nivel de miedo que merma su salud²¹. A esto hay que sumarle, que proceden de países con falta de inmunización, malas condiciones de higiene y saneamiento de agua junto con un acceso limitado al sistema sanitario, que hace que los niños sean más propensos a presentar desnutrición, diarreas, infecciones agudas y otros tipos de enfermedades¹¹. En la atención sanitaria del menor migrante, no solo debemos tener en cuenta los aspectos médicos-sanitarios, sino también los psicológicos, socio-económicos y culturales^{11, 30}. El estrés postraumático que sufren puede perdurar años y condiciona la vida del menor. Este se traduce en pesadillas, miedo, agresividad o insomnio³¹.

Los niños presentan mayor morbilidad y mortalidad que la población autóctona de presentar enfermedades como VIH, hepatitis, malaria, tuberculosis u otras infecciones respiratorias, debido a la falta de salubridad y de inmunización³². Otras consecuencias de la falta de agua potable es la gran presencia de parásitos intestinales, que desencadenan dolor abdominal y diarrea y puede llevar a una deshidratación. Según Unicef³³ la desnutrición continúa siendo causa de muerte de más de una tercera parte de niños menores de 5 años en el todo el mundo. Estos niños abarcan una ingesta insuficiente e inadecuada de alimentos apropiada para su edad, malas condiciones de

higiene, falta de acceso a la atención sanitaria y falta de educación nutricional en las mujeres embarazadas.

Es imprescindible para la adaptación de estos niños en el lugar de destino una buena atención tanto de su salud física como de su salud mental, así como tratar de conseguir una buena relación de confianza con el menor. Por último, es importante una correcta vacunación de los niños desde su nacimiento hasta la edad adulta para prevenir enfermedades extinguidas o provocar un aumento de los casos. Si un niño se presenta en España sin un documento oficial con las vacunas administradas, se realizará una pauta correctora con las dosis necesarias para llegar a la cobertura completa³⁴ (figura 4).

CALENDARIO DE VACUNACIONES PARA TODAS LAS EDADES ANDALUCÍA 2020																
Vacunas	Prenatal	0 meses	2 meses	4 meses	11 meses	12 meses	15 meses	3 años	6 años	12 años	14 años	18 años	50 años	65 años	>65 años	
Tétanos, difteria, tosferina	Tdpa ¹		DTPa	DTPa	DTPa				Tdpa (DTPa ²)		Td	Td ³		Td ³	Td ³	
Poliomielitis			VPI	VPI	VPI				(VPI ⁴)							
Hepatitis B		HB ⁵	HB	HB	HB				HB ⁶							
Haemophilus influenzae tipo b			Hib	Hib	Hib											
Neumococo conjugada			VNC	VNC	VNC									VNC ⁷		
Meningococo C - ACWY				MenC		Men ACWY				Men ACWY ⁸	Men ACWY ⁹					
Triple vírica						TV		TV	TV ¹⁰							
Varicela							VVZ	VVZ		VVZ ¹¹						
Papilomavirus									VPH ¹²	VPH ¹³						
Gripe	Gripe ¹⁴														Gripe anual ¹⁵	

Color intenso Administración sistemática

Color claro Administración en personas susceptibles o no vacunadas con anterioridad

- DTPa: Vacuna frente a tétanos, difteria y tosferina acelular de alta carga o infantil.
- Tdpa: Vacuna frente a tétanos, difteria y tosferina acelular de baja carga antigénica.
- Td: Vacuna frente a tétanos y difteria tipo adulto.
- HB: Vacuna frente a hepatitis B.
- VPI: Vacuna frente al virus de la poliomiélitis inactivada.
- Hib: Vacuna frente a *Haemophilus influenzae* tipo b.
- VNC: Vacuna conjugada frente a neumococo.
- MenC: Vacuna conjugada frente a meningococo del serogrupo C.
- MenACWY: Vacuna conjugada frente a meningococo de los serogrupos A, C, W e Y.
- TV: Vacuna triple vírica frente a sarampión, rubeola, parotiditis.
- VVZ: Vacuna frente a virus varicela zóster.
- VPH: Vacuna frente a virus del papiloma humano

Figura 4. Calendario de vacunaciones recomendado para todas las edades, Andalucía 2020³

Bibliografía.

1. Organización Internacional para las migraciones. El bienestar de los migrantes y el desarrollo. Ginebra: Organización Internacional para las Migraciones; 2015
2. Eonomopoulou A, Pavlib A, Stasinopoulou P, Giannopoulos LA, Tsiodras, S. Detección de migrantes: lecciones aprendidas del nivel de retención de migrantes en las fronteras greco-turcas. *Diario de la infección y la Salud Pública*. 2016; 10, 177 - 184.
3. Guijarro, IS. Inmigrantes irregulares y el derecho a la protección de la salud: análisis de la reforma sanitaria en España. *Lex Social: Revista de Derechos Sociales*. 2013; 3 (2): 127-158.
4. Granero-Molina J, Jiménez-Lasserrotte MDM, Fernández-Sola C, Hernández-Padilla JM, Sánchez Hernández F y López Domene E. Cuestiones culturales en la prestación de atención de emergencia a migrantes irregulares que llegan a España en pequeñas embarcaciones. *Revista de Enfermería Transcultural*. 2019; 30 (4): 371-379.
5. López-Domene, E., Granero-Molina, J., Fernández-Sola, C., Hernández-Padilla, J. M., López-Rodríguez, M. D. M., Fernández-Medina, I. M., ... & Jiménez-Lasserrotte, M. D. M. (2019). Emergency care for women irregular migrants who arrive in Spain by small boat: a qualitative study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16 (18), 3287.
6. Consejería de Sanidad. G [Internet]. Sevilla: Consejería de Salud; 2007 [citado 23 mar 2020]. Guía de actuación en atención primaria para la población inmigrante. Disponible en : <http://pagina.jccm.es/sanidad/salud/promosalud/pdf/guiainmigrantes2ed.pdf>
7. Martín E, Martínez M, & Martínez J. Materiales didácticos. Migraciones, interculturalidad y servicios sanitarios. España: Junta de Andalucía; 2015.
8. López JGC. Mediación intercultural y traducción/interpretación en los servicios públicos: el caso de la atención sanitaria a población inmigrante de origen magrebí [internet]. Universidad Jaume I; 2004 [citado 12 febrero]. disponible en: <http://repositori.uji.es/xmlui/handle/10234/79128>
9. Real Decreto-ley 7/2018, de 27 de julio, sobre el acceso universal al Sistema Nacional de Salud. BOE núm. 183, páginas 76258 a 76264.
10. Organización Mundial de la Salud. Departamento de Control de las Enfermedades Tropicales Desatendidas. Abordar las enfermedades tropicales desatendidas con el enfoque de los derechos humanos. Programa especial de Investigaciones y Enseñanzas sobre Enfermedades Tropicales (TDR). Ginebra: Organización Mundial de la salud; 2018.
11. Morera J, Alonso, A & Huerga, H. Manual de Atención al Inmigrante. Madrid: 2009.
12. Alonso, D, & García-López, M. Patología tropical importada. *Pediatr Integral*; 2018: XXII(6), 271–281.
13. Organización Mundial de la Salud [Internet]. Epidemiología. Organización Mundial de la Salud (Ginebra); 2019 [citado 25 marzo]. Recuperado

- de:<https://www.who.int/topics/epidemiology/es/>
14. Consejería de Salud. Manual de atención sanitaria a inmigrantes: guía para profesionales de la salud. España: Junta de Andalucía; 2007.
 15. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. Los 5 momentos para la higiene de manos. Organización Mundial de la Salud (Suiza); 2010 [citado 2 marzo]. Recuperado de:
https://www.who.int/gpsc/information_centre/gpsc_5_momentos_poster_es.pdf
 16. Ministerio de Sanidad. [Internet]. Procedimientos de actuación para los servicios de prevención de riesgos laborales frente a la exposición al nuevo coronavirus (SARS-COV-2). Ministerio de Sanidad (España); 2020 [citado 4 marzo]. Recuperado de:
https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCoV-China/documentos/PrevencionRRL_COVID-19.pdf
 17. Fuertes C, & Laso M. El inmigrante en la consulta de atención primaria. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*; 2006; 29, pp. 9-25.
 18. Organización Mundial de la Salud, O. [Internet] *Informe sobre la salud de los refugiados y los inmigrantes en la Región de Europa de la OMS*. Organización Mundial de la Salud (Ginebra); 2010 [citado 2 marzo]. Recuperado de:
<https://www.who.int/es/news-room/detail/21-01-2019-21-01-2019-21-01-2019-migrants-and-refugees-at-higher-risk-of-developing-ill-health>.
 19. Junyent M, Núñez S, & Miró O. Urgencias médicas del inmigrante adulto. In *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*; 2006: Vol. 29, pp. 27-34.
 20. Fernández AL, Lichuma W, O'Kelly M, Ruiz, ME y Zumaran A. Mapa de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos en África y España. España: Red de Mujeres por un Mundo Mejor; 2011.
 21. Jiménez-Lasserrotte MDM, López-Domene E, Fernández-Sola C, Hernández-Padilla JM, Fernández-Medina IM, & Granero-Molina J. Accompanied child irregular migrants who arrive to Spain in small boats: Experiences and health needs. *Global Public Health*; 2020;15 (3), 345-357.
 22. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). *Mujer Inmigrante y Asistencia Sanitaria*. MIAS. Zaragoza: Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia; 2010.
 23. Galán SM, Gallego MFL, Hernández TG, García NM, & Ventoso FM. Resultados del mal control del embarazo en la población inmigrante. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*; 2008; 51(4), 215-223
 24. González, AC. Amenaza de aborto. *Revista médica de Costa Rica y Centroamérica*; 2011; 68 (599), 495-98.
 25. Organización Panamericana de la Salud (OPS). [Internet]. Manejo de las complicaciones del embarazo y el parto: Guía para obstetrices y médicos. Departamento Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas, Organización Mundial de la Salud (Ginebra); 2002. [citado 2 marzo]. Recuperado de:
https://www.who.int/maternal_child_adolescent/documents/9241545879/es/
 26. Women's Link Worldwide. [Internet]. Mujeres migrantes en la clandestinidad el aborto en Marruecos. Women's Link Worldwide (Madrid); 2009. [citado 8

marzo]. Recuperado de :<https://www.womenslinkworldwide.org/.../mujeres-migrantes-en-la-clandestinidad-abo...>

27. Organización Mundial de la Salud. (2019). *Infecciones de transmisión sexual*. Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-\(stis\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis))
28. Díez M, & Díaz A. Infecciones de transmisión sexual: epidemiología y control. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria*; 2011;13(2), 58-66.
29. Organización Mundial de la Salud. [Internet]. *Comprender y abordar la violencia contra las mujeres.*: OPS (Washington, DC); 2013. Recuperado de: https://www.who.int/reproductivehealth/topics/violence/vaw_series/es/
30. López A, Rosado A, Madrid Á, & Morón P. Infancia Migrante. Derechos Humanos en la Frontera Sur 2019. Sevilla: APDHA; 2019.
31. Ponce-Blandón, JA, Mérida-Martín, T., Jiménez-Lasserrotte, MDM, Jiménez-Picón, N., Macías-Seda, J., y Lomas-Campos, MDLM (2020). Análisis de la atención prehospitalaria de migrantes que llegan de forma intermitente a las costas del sur de España. *Revista Internacional de Investigación Ambiental y Salud Pública*, 17(6), 1964.
32. Save the children. Multi-Sector Needs Assessment of Migrants and Refugees in Greece. Reino Unido: Save the Childre; 2015.
33. Murray J. Displaced and forgotten child refugees: A humanitarian crisis. *Journal for Socialists in Pediatric Nursing*; 2015, 29-36.
34. UNICEF. [Internet]. La desnutrición infantil. Causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento. UNICEF (Madrid); 2011. Recuperado de: <http://repositorio.minedu.gob.pe/handle/123456789/3713>
35. Comité Asesor de Vacunas. [Internet]. Vacunación de niños inmigrantes, refugiados y adoptados. En Manual de vacunas en línea de la AEP. AEP (Madrid); 2018. Recuperado de: <https://vacunasaep.org/documentos/manual/cap-12>
36. Consejería de Salud y Familias. [Internet]. Calendario de vacunaciones recomendado para todas las edades- infancia, adolescencia y edad adulta- Andalucía 2020. Junta de Andalucía (España); 2020. Recuperado de: <https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/csafaCalendarioVacunacion2020.pdf>

Tema 9. Población Anciana

FELISA GÁLVEZ RAMÍREZ

1. Atención al anciano de riesgo.

a. Definición.

Se define al anciano de riesgo como la persona mayor que, por su edad, características físicas, mentales, de salud y situación sociofamiliar, presenta una disminución de la capacidad funcional y reserva fisiológica que conlleva una mayor probabilidad de presentar un deterioro progresivo del grado de autonomía, con mayor pérdida de función y por tanto de padecer acontecimientos adversos de salud¹.

Los factores que definen a una persona mayor como de riesgo o vulnerable son²:

- **Capacidad funcional:**

- _Si necesita a otra persona para realizar las actividades instrumentales y/o básicas de la vida diaria.

- _Tener problemas para moverse y manejarse con destreza.

- _No poder desplazarse solo de un lugar a otro.

- **Estado de salud:**

- _Padecer una enfermedad crónica o presentar problemas invalidantes, físicos o psíquicos.

- _Superar los 85 años.

- _Percepción de un mal estado de salud por parte de la propia persona.

- _Persona polimedicada o que tome medicamentos sedantes.

- _Tener caídas con frecuencia, o haber sufrido una de gravedad recientemente.

- _Haber sido ingresado recientemente, o con cierta frecuencia.

- _Haber padecido un Ictus.

- _Presentar desnutrición.

- **Capacidad mental:**

- _Padecer depresión.

- _Presentar demencia.

- _Presentar alteraciones de la conciencia y de las capacidades cognitivas.

- **Situación social y familiar:**

- _Soledad.

- _Haber perdido a su pareja recientemente o de forma dramática.

- _Cambio de hogar con frecuencia (abuelos golondrina),

- _Tener problemas económicos.

- _No disponer de una persona que le cuide o, en el caso de tenerla, no estar a gusto con la situación.

La persona mayor puede pasar de tener buena capacidad funcional a tener una situación de dependencia (deterioro funcional). Esta situación puede ocurrir de manera

brusca (tras evento cardiovascular, caída con complicaciones, infecciones, etc.), pero es más habitual que ocurra de forma paulatina, incluso predecible (figura 1). Si se produce una detección precoz y aplicamos medidas adecuadas con intensidad suficiente, es posible la reversibilidad del proceso o su enlentecimiento, buscando el menor grado de alteración funcional³.



Figura 1: Desencadenamiento de la fragilidad.

Fuente: Ministerio de salud, servicios Sociales e Igualdad⁴.

b. Valoración clínica, sociofamiliar, funcional y grado de dependencia en el anciano de riesgo.

La atención integral al anciano en atención domiciliaria requiere instrumentos válidos y ágiles para una valoración global, que permita la detección de ancianos vulnerables/ frágiles o de riesgo con el fin de establecer un plan de cuidados acorde a las necesidades detectadas dirigido a evitar un deterioro mayor al propio del envejecimiento^{5,6}. La valoración de las necesidades de salud de pacientes vulnerables incluidos en atención domiciliaria (AD), debe ser una valoración integral que contemple todas las dimensiones como son los aspectos clínicos, biológicos, psicológicos, funcionales, sociofamiliares y grado de dependencia. Para ello, es necesaria la intervención del equipo multidisciplinar siendo básica la intervención de la unidad de atención a la familia formada por su médico/a, enfermera/o y trabajador/a social, con el apoyo del resto de profesionales como la enfermera/o gestora de casos y fisioterapeuta⁷.

El profesional de enfermería valorará y emitirá un diagnóstico enfermero, basado en la respuesta humana a los problemas reales o potenciales de salud y de los

procesos de la vida, priorizando la promoción de la salud y la prevención en sus tres niveles⁸. Las enfermeras tienen incluidas en sus competencias profesionales la Valoración Integral del paciente, familia y entorno, de manera que incluye todas las dimensiones de la persona: física, psicológica, emocional, social y espiritual. Su finalidad es detectar problemas de salud y necesidades de cuidados, a continuación, establece un plan de cuidados que aporte una respuesta adecuada a las necesidades y expectativas de la persona y/o su familia⁹. La Valoración es la fase más importante del Plan de Cuidados, siendo una actuación sanitaria centrada en el marco del cuidado. Es un proceso sistemático y continuo basado en un plan que recoge y organiza la información sobre el estado basal y de salud del paciente y su familia, facilitando datos útiles para identificar los problemas de salud, reales, potenciales y de riesgo¹⁰. Una vez analizados permiten identificar los diagnósticos enfermeros, así como determinar qué problemas pueden ser tratados de forma independiente y cuáles requieren de otros perfiles profesionales para su abordaje. La enfermera/o al hacer dicha valoración utilizará el Modelo de necesidades básicas de Virginia Henderson o los Patrones Funcionales de Marjory Gordon, según su criterio (Anexos 1 y 2).

La **valoración integral** se realiza de forma sistematizada mediante la anamnesis, exploración e interpretación de los hallazgos¹¹. En este aspecto, detectamos las necesidades producidas por la presencia de signos y síntomas, así como su repercusión en la vida de la persona: afectación, limitación y grado de dependencia¹².

_Antecedentes clínicos:

- Antecedentes.
- Problemas de salud previos.
- Otras características clínicas de relevancia (datos que puedan orientar a una visión global o estado clínico de la persona y sus condicionantes).

_Anamnesis y exploración física:

- Básica: Tensión arterial, frecuencia cardíaca, saturación O₂, peso, talla, respiración, coloración, piel y estado de hidratación.
- Dirigida: según hallazgos pudiera requerir otras específicas como la neurológica, osteoarticular, ECG, espirometría, etc.
- Pruebas y escalas complementarias: Las que se precisen en función de los hallazgos.

_Valoración de hábitos:

- Actividad física.
- Alimentación e hidratación.
- Hábitos tóxicos (tabaco/alcohol).

_Valoración de Riesgos:

- Valoración del Riesgo de caídas.
- Valoración del Riesgo de deterioro de la integridad cutánea.
- Valoración de déficit sensoriales no corregidos (visión, test del susurro).
- Valoración del riesgo de gestión ineficaz de la propia salud.
- Valoración del cansancio del rol del cuidador (Índice de cansancio del rol de cuidador).
- Valoración del afrontamiento familiar comprometido.

_Valoración de la adherencia al tratamiento: organización y ubicación de la medicación (revisión del botiquín), existencia y utilización de pastilleros.

_En la valoración del aspecto psicológico pretendemos conocer la parte subjetiva de la persona respecto a su situación de salud: autoestima, trastornos del ánimo, del comportamiento, sentimientos y emociones, debemos valorar el área afectiva y su situación cognitiva, así como, su percepción del estado de salud, expectativas y lo que más le preocupa.

_La valoración de la situación funcional nos ayuda en la valoración de la carga de trabajo de la persona cuidadora principal y de la familia, ya que, vemos el grado de dependencia para las actividades de la vida diaria y la capacidad funcional. Para completar la valoración integral es necesario realizar la valoración sociofamiliar en la que se determine el grado de apoyo familiar, existencia e identificación de la persona cuidadora principal. Debe incluir la preparación hasta el cansancio y disponibilidad de otras personas cuidadoras en la familia, recursos económicos y materiales y si dispone de apoyo social por la red comunitaria y/o Ley de Dependencia. Además se deben identificar riesgos del entorno y barreras, reseñar actividades de ocio, participación, actividades de aprendizaje.

_En la valoración del entorno:

- Situación, ubicación y características de la vivienda.
- Accesos al interior y exterior.
- Barreras arquitectónicas: escalones y ancho de puertas.
- Número de plantas de la vivienda, pasamanos, existencia de salvaescaleras, ascensor...
- Teleasistencia.
- Sistema de calefacción/climatización: gas, electricidad...
- Situación y características del baño: adaptado, elevador de WC, bañera/ducha, suelo antideslizante, barras de sujeción...
- Situación y ubicación de los muebles.
- Existencia de alfombras, macetas...
- Iluminación, ventilación, humedades...
- Luces conmutadas en dormitorio, escalera, pasillo.
- Accesos desde la vivienda a parque o zona ajardinada para pasear.

Una vez realizada la Valoración Integral e identificadas las necesidades de cuidados se establece el plan de actuación en el que consensuamos con la persona y/o su familia los objetivos a conseguir a través de determinadas intervenciones y actividades. Para completar la valoración integral se utilizarán escalas, cuestionarios, test e índices que pueden ayudar a concretar y priorizar las necesidades de cuidados detectadas, así como determinar los recursos necesarios para ofrecer una respuesta adecuada a dichas necesidades ¹³. Entre los cuestionarios que pueden ayudar en la detección de personas mayores vulnerables o frágiles (Cuestionario de Barber)¹⁴ aunque existen estudios que han detectado deficiencias estructurales, de contenido y falta de evidencia y por tanto no lo recomiendan como herramienta de cribado del anciano de riesgo, sin embargo, para

la valoración del grado de fragilidad se recomienda la Escala EPADI⁷ que puede ayudar para determinar los recursos necesarios. La valoración funcional parece constituir el principal método para determinar la vulnerabilidad, en el medio comunitario de atención. Es clave centrarse en la detección precoz de la pérdida funcional.

Tras la valoración se establecerá el Plan de Cuidados/plan de actuación para lo que hacemos las siguientes recomendaciones:

- Considerar la evidencia disponible para la propuesta de intervenciones.
- Tener en cuenta los recursos de atención disponibles, así como los recursos personales y del entorno.
- Respetar la autonomía de la persona (deseos, opiniones, expectativas, creencias) respecto del plan de cuidados a proponer.
- El plan de cuidados debe incluir: régimen de medicamentos y cuidados prescritos o indicados, priorizando los problemas delimitados (interrelación de problemas).
- Se realizará una nueva valoración focalizada y plan de cuidados.
- Motivo de revaloración: cambio condición clínica, funcional, fragilidad, sociofamiliar, entre otros.

El Plan de Cuidados es un método sistemático y organizado para administrar cuidados de enfermería en un orden específico, con el fin de asegurar el mejor cuidado posible a la persona y/o grupo de personas necesitadas de cuidados de salud. Consta de varias fases: Valoración, Diagnóstico Enfermero (NANDA), Planificación utilizando la NOC para los criterios de resultados, Ejecución (NIC) y Evaluación¹⁰.

c. Intervención en el anciano de riesgo: profesionales de enfermería

Las profesionales enfermeras/os por sus competencias profesionales tienen la capacidad de evaluar, diseñar e implementar estrategias de promoción de la salud, prevención e intervención en poblaciones vulnerables a través de actividades como son^{5,15}:

1. Actividades de promoción y prevención con relación a:
 - Alimentación saludable y ejercicio físico.
 - Seguridad del entorno y supresión de barreras arquitectónicas.
 - Identificación de conductas de riesgo.
 - Prevención de caídas y otros accidentes.
 - Evitar el consumo de tabaco y alcohol.
 - Gestión emocional: Mantenimiento de la capacidad cognitiva/ mental, ocupación y Cohesión social, interés por el entorno y relaciones sociales.
 - Detección precoz del deterioro cognitivo y funcional.
 - Detección precoz del deterioro físico, con especial énfasis en el cribado de hipoacusia, déficit visual e incontinencia urinaria.
 - Consejo y seguimiento del paciente polimedcado y con pluripatología.

- Inmunizaciones: antigripal, tétanos - difteria, antineumocócica 23 y 13 valente y vacunas específicas requeridas según situación clínica y características de la persona
 - Medidas de prevención y precaución ante transmisión por virus, como el coronavirus Sars Cov-2.
 - Detección precoz de incontinencia urinaria.
 - Detección precoz del maltrato.
 - Intervención odontológica en personas mayores en riesgo o con desnutrición por problemas bucodentales.
 - Intervención podológica en personas mayores en riesgo por problemas morfológicos o con gran dificultad para realizar autocuidados del pie.
2. Detección y seguimiento del anciano de riesgo, según sus características de edad, salud y situación sociofamiliar.
 3. Atención al anciano de riesgo: Valoración clínica, sociofamiliar y del grado de dependencia para las actividades de la vida diaria.
 4. Atención domiciliaria (incluimos residencias de personas mayores y centros sociosanitarios) a personas mayores inmovilizadas, incorporando información, consejo sanitario, asesoramiento y apoyo a las personas vinculadas al paciente, especialmente a la persona cuidador/a principal.

2. Atención al paciente con deterioro cognitivo.

a. Valoración integral y técnicas de intervención.

Actualmente el envejecimiento de la población y por tanto el número de ancianos es un factor que eleva la incidencia del deterioro cognitivo, esto supone consecuencias negativas a nivel personal, familiar, económico y asistencial. Algunos indicadores de riesgo podrían ser la edad, el sexo, el nivel educativo, la historia familiar de demencia, las quejas de falta de memoria, otros problemas clínicos como diabetes e hipertensión¹⁶.

El deterioro cognitivo leve en ancianos es un estado entre la normalidad cognitiva y la demencia, e inicialmente es considerado como un deterioro de la memoria¹⁷. La demencia se caracteriza por un deterioro cognoscitivo que ocasiona una creciente dificultad para realizar actividades cotidianas, cumplir con funciones sociales y mantener la autonomía¹⁸. En el deterioro cognitivo leve y en la demencia, incluso en estadios precoces y en ausencia de otros signos neurológicos, el riesgo de caída está aumentado entre dos y tres veces¹⁹. En la valoración integral realizada a personas mayores vulnerables o frágiles se debe incluir algún instrumento de valoración cognitiva como Pfeiffer que si es positivo se recomienda realizar Mini Examen Cognitivo (MEC) y una valoración afectiva (Yesavage)²⁰. Así mismo, es recomendable confrontar la información con la aportada por un familiar²¹. Los pacientes con deterioro cognitivo deben ser identificados precozmente en la función cognitiva y capacidad de

realización de actividades de la vida diaria por su riesgo de progresión a trastorno neurocognitivo mayor¹⁷. La alimentación saludable, mediante dieta mediterránea variada mejora la capacidad cognitiva en el envejecimiento y reduce el riesgo de padecer trastornos neurocognitivos.

Es importante una valoración cognitiva que incluya un esquema de vida con aficiones y aficiones de la persona con deterioro para aprovechar al máximo su capacidad y potencial, la motivación, participación en actividades de diversa índole y el diseño de un programa que incluya técnicas diferentes, en el cual se pueda trabajar desde las áreas cognitivas mantenidas o no dañadas²⁰. Algunas de las técnicas más utilizadas²²:

- Estimulación cognitiva.
- Entrenamiento cognitivo.
- Rehabilitación cognitiva.
- Reminiscencia: elaboración cognitiva y afectiva a partir de acontecimientos o experiencias del pasado remoto (eventos vividos, acontecimientos del pasado, canciones de su juventud, etc.).
- Musicoterapia: una de las más eficaces y de las más recomendadas desde cualquier perspectiva, ya que trabaja a la vez las áreas emocional y comportamental, por tanto, todas las áreas cognitivas.
- Apoyo y psicoterapia, tiene la capacidad de empoderar al paciente en procesos como la toma de decisiones, mejora en la autoestima y el autoconcepto, manejo emocional y afrontamiento al deterioro.
- Intervenciones sensoriales: utilizando estímulos dirigidos a los cinco sentidos, con el objetivo de fomentar las capacidades cognitivas, mejorar la afectividad o la conducta.
- Ejercicio físico: el ejercicio regular potencia la movilidad, trabaja la respiración y mejora el sistema cardiovascular, evitando problemas que puedan hacer avanzar el deterioro. Algunos estudios indican la relación entre la lentitud de la deambulación en mediciones a 4-6 metros recorridos y el deterioro de las funciones cognitivas. La práctica de actividad física es un factor altamente protector de la cognición en el adulto.
- Arteterapia: realización guiada de trabajos con valor artístico (pintura, teatro, etc.), adaptada a la capacidad del paciente, dando prioridad al refuerzo afectivo.
- Orientación a la realidad: técnicas mediante las que la persona toma conciencia de su situación en el tiempo, en el espacio, respecto a su propia persona y familia directa.
- Nuevas tecnologías: desarrollo y trabajo con programas de estimulación a través de ordenador, tabletas o videojuegos.

b. Cuidados en el paciente con deterioro cognitivo

Los cuidados diarios al paciente con deterioro cognitivo van dirigidos, sobre todo a diferentes áreas²²:

- Lenguaje y comunicación: hablar con la persona con deterioro cognitivo evitando ruidos y distracciones (TV...), despacio y sin levantar la voz, con

frases cortas, no intentar que razone, no discutir, hacer preguntas que impliquen respuestas cortas de si o no, pedir a la persona que repita lo que alguien ha dicho, colocar cartelera/mensajes en distintos lugares de la casa que le sirvan de recordatorio, tener relojes y calendarios en distintos lugares, etiquetar artículos importantes, números de teléfono importantes en lugar visible, mantener hábitos y rutinas fáciles de seguir, organizar actividades que activen el pensamiento como hacer crucigramas.

- Alimentación, nutrición, hidratación y actividad física: si no tiene apetito buscar a alguien de su confianza que le ofrezca alimentos que le gusten, comer frente a la persona con deterioro cognitivo animándole a que le imite, reducir las distracciones durante las comidas, ofrecer alimentos que pueda tomar con las manos si tiene dificultad con el cubierto, no ofrecer alimentos muy calientes o fríos, ofrecer agua frecuentemente sobre todo en verano, invitarle a salir de paseo acompañando a la persona que le cuida, observar si se atraganta al tomar alimento o líquidos.
- Cuidados personales: el baño debe estar cerca de la ubicación del paciente con deterioro cognitivo, ser accesible y seguro (suelo/esterillas antideslizante, pasamanos, silla de ducha...), invitar a ir al baño frecuentemente respetando su intimidad, no tener cerrojo para poder acceder en caso necesario si necesita ayuda, ofrecerle ayuda a la hora del baño dejando autonomía para lo que pueda hacer la propia persona, evitar al máximo los posibles riesgos de lesión por ejemplo utilizando maquinilla de afeitar eléctrica, utilizar ropa y calzado fácil de poner y quitar e ir cambiando botones y cremalleras por velcros conforme el deterioro cognitivo va avanzando.

3. Atención al paciente con deterioro físico

Personas con enfermedades agudas y/o crónicas, lesiones traumáticas y dolor crónico tienen mayor riesgo de sufrir deterioro físico²³. Así pues, entre estas lesiones nos podemos encontrar:

- Algunas alteraciones del sistema nervioso central o periférico como son la parálisis cerebral, esclerosis múltiple, enfermedad de Parkinson, alteraciones musculoesqueléticas y neuromusculares como la distrofia muscular, osteoartritis y artritis reumatoide.
- Las deformidades congénitas, como la osteocondrodisplasia y las enfermedades que contribuyen al agotamiento físico, como la insuficiencia cardíaca y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica.
- Las lesiones ortopédicas, de la cabeza y la columna traumáticas.

Por otra parte, la desnutrición y las deficiencias nutricionales retrasan la curación y la recuperación, aumentando el deterioro físico que produce la inmovilidad²⁴. A su vez, el envejecimiento conlleva cambios como la disminución de la densidad ósea,

la reducción de la masa muscular, la pérdida de visión periférica, algunos fármacos y la demencia pueden combinarse para hacer que los adultos mayores sean más propensos a caídas y lesiones traumáticas y, por tanto, al deterioro físico²⁵. El deterioro físico hace a la persona mucho más vulnerable y frágil debido a los riesgos que conlleva. La movilidad/inmovilidad es el problema más prevalente y de mayor riesgo dentro del deterioro físico¹⁵. En la tabla 1 se describen los riesgos que comporta la inmovilidad.

Tabla 1. Riesgos de la inmovilidad¹¹

Sistema corporal	Efectos de la inmovilidad	Posibles complicaciones
Cardiovasculares	.Disminución de la resistencia vascular sistémica que provoca la acumulación venosa en las extremidades. .Gasto cardíaco disminuido.	.Hipotensión ortostática. .Formación de trombos.
Respiratorias	.Disminución de la fuerza de los músculos respiratorios. .Disminución de la expansión pulmonar. .Hipoventilación. .Deterioro del intercambio gaseoso. .Reflejo tusígeno disminuido. .Acumulación de la secreción pulmonar. .Redistribución de la sangre y cambios de líquidos en el tejido pulmonar.	.Atelectasia. .Hipoxemia. .Neumonía. .Edema pulmonar. .Formación de trombos. .Embolia pulmonar.
Tegumentarias	.Disminución del suministro de oxígeno y nutrientes a los tejidos. .Isquemia tisular por presión entre la cama o la silla y las prominencias óseas. .Inflamación de las prominencias óseas. .Fricción y cizallamiento de la piel durante el movimiento.	.Erosiones cutáneas. .Abrasiones/excoriaciones .Úlceras de decúbito. .Infección.
Musculoesqueléticas	.Reducción de la masa muscular. .Debilidad muscular. .Disminución de la resistencia. .Acortamiento y contracción del tejido conjuntivo. .Deterioro de la movilidad articular. .Alteración del metabolismo del calcio.	.Cansancio. .Disminución de la estabilidad y el equilibrio. .Atrofia muscular. .Contracturas articulares. .Pie caído. .Osteoporosis. .Caídas. .Fracturas patológicas.
Gastrointestinales	.Hipoperistaltismo. .Anorexia. .Disminución de la ingestión de líquidos. .Aumento del gas intestinal. .Alteración de la capacidad de deglución.	.Estreñimiento. .Retención fecal. .Íleo. .Flatulencias. .Distensión abdominal. .Náuseas/vómitos. .Acidez estomacal, indigestión. .Aspiración. .Desnutrición

Si el paciente presenta un deterioro físico, es fundamental una valoración exhaustiva de posibles alteraciones muculoesqueléticas y trastornos que favorecen la inmovilidad, debiendo incidir en la movilidad, el equilibrio, la capacidad de caminar (deambulaci3n/marcha) velocidad de la marcha (4-6 m), capacidad para subir escaleras, características de la vivienda (ubicaci3n de muebles y obstáculos como macetas), traslados, transferencias entre superficies, cambio de postura y riesgo de caídas⁸. La atenci3n al paciente con deterioro físico priorizará la prevenci3n de caídas, lesiones, traumatismos y deterioro de la integridad cutánea principalmente, así como la preparaci3n de la cuidadora familiar en el domicilio¹⁹.

4. Seguimiento del paciente polimecado y con pluripatología.

El paciente polimedcado es aquel que toma más de 5 medicamentos de los clínicamente apropiados de forma crónica²⁶. Existen dos tipos diferentes de pacientes polimedcados. Uno es el paciente con una sola enfermedad que requiere de más de 3-5 medicamentos y el otro, el paciente, generalmente mayor, con pluripatología, donde cada enfermedad precisa de uno o varios medicamentos.

El más frecuente en la atenci3n al anciano es el paciente con pluripatología y polimedcado, lo que hace que sea un paciente más vulnerable al que le suelen faltar recursos físicos, psíquicos, sociales o del propio sistema sanitario para evitar los riesgos graves y moderados consecuencia de la polimedcaci3n¹⁵. La Pluripatología (multimorbilidad) se asocia con un mayor uso de los recursos sanitarios, peor calidad de vida, y mayores tasas de efectos adversos como consecuencia de tratamientos con múltiples medicamentos (polimedcaci3n) o intervenciones²⁷.

En el seguimiento de pacientes polimedcados y pluripatológicos es imprescindible la revisi3n sistemática del tratamiento²⁸. La revisi3n de la medicaci3n es el proceso en el cual la enfermera detecta y el médico valora la efectividad de cada medicamento relacionándola con la evoluci3n de las patologías, la presencia de efectos indeseables, la adherencia, y el conocimiento que el paciente tiene sobre su tratamiento²⁶. La finalidad es decidir si es necesario ańadir, retirar o continuar alguno de los medicamentos, valorando los beneficios y los riesgos. Entre los beneficios para el paciente destaca la mejora de su seguridad y adherencia, así como, un mayor control de sus patologías y mejor calidad de vida. En pacientes pluripatológicos, permite mejorar la adecuaci3n de los tratamientos, aunque su impacto sobre los resultados clínicos es más limitado.

Se ha demostrado eficaz la revisi3n del botiquín en el domicilio incluyendo en esta, la toma de otros productos como son los de herboristería, suplementos y/o productos recomendados por otras personas allegadas al paciente²⁹. Dicha revisi3n permite detectar desde acúmulo de envases, tratamientos sin terminar (antibióticos), hasta la duplicidad de fármacos con presentaciones diferentes y por tanto riesgo de sobredosificaci3n en la toma de la medicaci3n. Esta situaci3n es un riesgo ańadido al paciente vulnerable ya que da lugar a situaciones de extrema gravedad e incluso la muerte.

La enfermera/o durante seguimiento de pacientes polimedicados y pluripatológicos además de la revisión del botiquín, confirma el número de medicamentos que toma el paciente, si están todos recogidos en el módulo de prescripción de la H^a Clínica (Diraya), valora la adherencia al tratamiento completando esta valoración con el test de Morisky Green, amplía la anamnesis sobre si conoce quien lo ha prescrito, cuando, dosis prescrita, dosis que toma, efectos secundarios y hasta cuando tomarlo. Del mismo modo, valora quien controla la medicación si es el propio paciente o la persona que le cuida y si utiliza pastillero para el control en la toma de los medicamentos³⁰.

Esta valoración permite detectar problemas y riesgos del paciente en la toma de medicación, situación que pone en conocimiento del médico de familia referente para una revisión de la adecuación del tratamiento, esto es especialmente importante cuando ha habido prescripciones por diferentes profesionales prescriptores, por ejemplo, tras alta hospitalaria, consulta con el servicio de urgencias, revisiones en cualquier otro médico especialista, etc. La conciliación de la medicación es esencial durante las transiciones²⁸ y el grado de discrepancia entre lo que el paciente toma y lo que el médico cree que toma suele ser alto³¹. Por tanto, debemos priorizar las intervenciones en los pacientes pluripatológicos y polimedicados que nos permitan optimizar la adherencia a los tratamientos más efectivos, reducir el riesgo asociado a la polimedicación y, desprescribir tratamientos con mayores riesgos, identificar interacciones entre diferentes productos y por tanto disminuir riesgos en el paciente aumentando su seguridad, adherencia, control de las patologías y mejorar su calidad de vida³².

5. Atención domiciliaria a personas mayores inmovilizadas.

Entre los cambios sociodemográficos que se están produciendo en las últimas décadas destaca el aumento en el número de personas mayores debido al envejecimiento de la población. Este grupo de personas es el que más utiliza los servicios sociales y sanitarios disponibles en diferentes ámbitos asistenciales³³. Así pues, más de la mitad de los ingresos hospitalarios corresponden a personas mayores, con tasas de frecuentación y hospitalización por encima de la media²⁵. En más del 50% de los hogares existe, al menos, una persona que necesita cuidados, y en la mayoría de los casos la familia es el único proveedor de estos³². Además, a esto debemos añadirle el descenso de posibilidades de cuidado informal, por un lado debido a que las familias no son tan numerosas y por otro lado, por la incorporación de la mujer al mercado laboral³³.

La Atención Domiciliaria es un servicio de carácter social y sanitario que se realiza en el domicilio del paciente que tiene dificultades para desplazarse, sea por incapacidad física o es dependiente para las actividades de la vida diaria, con el objetivo de detectar, valorar, apoyar, acompañar, asesorar, adiestrar y controlar los problemas de salud del paciente y la familia, para potenciar la autonomía del paciente, apoyar a la persona que le cuida y por tanto, mejorar la calidad de vida tanto del paciente como de su familia^{13,35}. Es una actividad esencial de los profesionales de Atención Primaria, principalmente de la enfermera/o. El aumento de la población envejecida requiere cada

vez mayor atención en el domicilio del paciente, incluyendo en esta modalidad la atención en las residencias de personas mayores.

La atención domiciliaria requiere realizar una valoración integral del paciente con la finalidad de identificar sus necesidades y problemas, elaborar un plan de cuidados, promocionar hábitos saludables a través de educación para la salud y educación terapéutica, además de la prevención en los tres niveles de prevención, con el fin de retrasar el deterioro funcional. Se debe realizar un seguimiento continuo del paciente en el que se realicen los cuidados que precise, potenciando el autocuidado y por otro lado, conocer el entorno y el medio en el que vive. Además, se deben identificar los diferentes roles, tanto el rol del paciente dentro de la familia, valorar el estado emocional de la familia e identificar la persona cuidadora principal y prestarle apoyo si fuera preciso valorando así mismo, el grado de cumplimiento de las pautas dadas por el equipo de salud de referencia³⁶. Debemos determinar otras ayudas que apoyen a los cuidados del paciente como son el disponer de teleasistencia, servicio de ayuda a domicilio, voluntariado, Unidad de Estancia Diurna, etc.

Las intervenciones y actividades de la enfermera en la atención domiciliaria van desde la programación de la visita, indicando el momento en el que se realizará. Para esto se debe acordar la fecha y hora que mejor le viene al paciente y la persona que le cuida dentro de la agenda del profesional. Se le administrará los cuidados a tener en cuenta para la llegada de la enfermera, como es el uso de felpudo impregnado en lejía diluida para el calzado de toda persona que entre en el domicilio, uso de mascarilla y solución hidroalcohólica para evitar la transmisión de virus. Durante el desarrollo de la misma, adiestraremos a la familia sobre prácticas básicas de cuidados como alimentación y estado nutricional e hidratación, ejercicio físico, higiene corporal y bucal, cambios posturales, cuidados de sondas, movilidad, uso de absorbentes, toma de medicación (uso de pastillero), etc. Se deberán controlar parámetros biológicos como control de TA, FC, saturación O₂, glucemia, INR, realizar diferentes técnicas como curas, administración de tratamientos, vacunación, etc., vigilar y adiestrar en el mantenimiento de catéteres, drenajes, apósitos, etc. Se valorarán las actividades recreativas que realiza el paciente dentro de sus preferencias e identificamos tanto las necesidades de cuidados y déficit del paciente (apetito, déficit sensorial,...etc.), como recursos de ayuda a los cuidados que pueda necesitar y los riesgos que comprometan la seguridad del paciente⁶.

En el mismo acto se debe realizar la valoración de la persona cuidadora principal, teniendo en cuenta su preparación y capacidad para el cuidado del paciente inmovilizado, así como de los recursos y apoyo de que dispone, y por supuesto sus limitaciones por edad, patología, nivel de sobrecarga y cansancio debido a los cuidados que proporciona. La Enfermera/o realiza una atención centrada tanto en el paciente como en la familia y persona cuidadora, con el objetivo de detectar posible sobrecarga y poder actuar, logrando un aumento de la calidad de vida tanto del paciente como de la persona que le cuida, encontrando una buena conexión familiar y aquellos recursos que estén a su disposición³⁷.

Para establecer los objetivos a conseguir debemos consensuarlos y acordarlos con el paciente y/o persona cuidadora, posteriormente establecer el plan de cuidados

incluyendo en este un plan de acción personalizada (pacientes más complejos) que dejaremos o enviaremos por escrito y le sirva de recordatorio sobre todo en cuanto a tratamiento, pautas de cuidados y signos de alarma.

Al finalizar la visita se proporcionará el número de teléfono y/o accesibilidad a su equipo de salud ante cualquier problema o duda que pueda surgir, así como orientar en la fecha de próxima visita de seguimiento en la que se evaluará el plan establecido hasta conseguir alcanzar objetivos consensuados o modificando estos sino es posible su consecución para una situación estable del paciente nivel de autocuidado suficiente.

Tras la valoración integral y establecimiento del plan de cuidados la enfermera/o derivará a otros componentes del equipo de salud las necesidades y problemas detectados a resolver desde otras competencias profesionales (médico, fisioterapeuta, trabajadora social, enfermera gestora de casos, etc.).

Una vez conseguida la estabilidad del paciente, podemos espaciar las visitas realizando seguimiento telefónico para confirmar dicha estabilidad y/o resolver posibles dudas que surjan en cuanto a los cuidados y/o tratamiento, así como recordar otros cuidados según época del año como es durante la ola de calor, campañas de vacunación, pandemia u otras situaciones que se puedan dar. Es muy importante que tanto la valoración como el plan de cuidados y demás actividades realizadas con el paciente y familia queden registrados en la Historia clínica del paciente.

6. Malos tratos en el anciano

a. Maltrato: definición.

El maltrato al anciano ha sido un problema social encubierto, hasta hace poco años. La mayoría de la veces la persona mayor quiere proteger a su familiar o no quiere reconocerse como víctima de mal trato por temor a represalias, o a ser internado en instituciones, o simplemente porque prefieren negar una realidad que les resulta inaguantable y enojosa, al mismo tiempo los familiares y/o cuidadores, no van a facilitar su descubrimiento por motivos evidentes³⁸. Por parte de los profesionales no ha habido sensibilidad en este sentido y los recursos sociales para dar una solución al problema, una vez detectado, son escasos a pesar de afectar a un grupo de población que cada vez es más mayor³⁹.

En la I Conferencia de Consenso sobre el Anciano Maltratado, celebrada en España en 1995, se acuerda definir maltrato al anciano como: “Cualquier acto u omisión que produzca daño, intencionado o no, practicado sobre personas de 65 y más años, que ocurra en el medio familiar, comunitario o institucional, que vulnere o ponga en peligro la integridad física, psíquica, así como el principio de autonomía o el resto de los derechos fundamentales del individuo, constatable objetivamente o percibido subjetivamente”.

A lo largo de la historia han ido cambiando distintos criterios para su definición, dificultad que se pone de manifiesto por la utilización de concepciones como maltrato, malos tratos, negligencia o abandono. El maltrato puede ser calificado como físico, psicológico, económico, etc. Pueden ser varios los integrantes incluyendo la persona anciana, familiares, profesionales de la salud, instituciones o la influencia de los

escenarios donde se llevan a cabo como el hogar de la víctima, las residencias o los hospitales. Existen variables como son acción-omisión, intencionalidad-no intencionalidad, así como la existencia de distintas percepciones sociales, culturales y étnicas que debemos de tener en cuenta a la hora de dar una definición objetiva y consensuada⁴⁰ (Barbero et al., 2005).

Actualmente, es un problema velado que se acentúa a medida que aumenta el envejecimiento de la población, afectando a la Salud Pública y Social, requiriendo por ello de una definición consensuada y una actuación conjunta por parte de los diferentes profesionales a los que compete⁴¹.

Como hemos referido anteriormente la valoración enfermera en el domicilio es una herramienta clave para conocer el entorno del anciano y así poder detectar barreras arquitectónicas y también posibles casos de violencia. El trabajo conjunto de la enfermera con los Servicios Sociales en la detección, prevención y abordaje de este problema es esencial⁴².

Hay diferentes tipos de maltrato³⁸:

- Físico
- Psicológico
- Social
- Abuso sexual
- Abuso económico, material
- Abandono (cuando la persona que le cuida no cumple con el deber del cuidado)
- Negligencia (la persona que le cuida es profesional y no cumple con su responsabilidad).

En ocasiones es la propia persona mayor quien pone en peligro su salud, ya que no se asegura asimismo los recursos necesarios para cubrir sus necesidades básicas, alimentación, higiene, tratamiento farmacológico, seguridad, etc. Suele darse cuando la persona vive sola, padece un deterioro cognitivo importante y/o un sistema de apoyo inadecuado, llevando todo esto a una autonegligencia. Los ámbitos más estudiados donde se produce el maltrato al anciano son en el domicilio, ya sea este el propio domicilio del paciente o el de algún familiar, en instituciones sociosanitarias como son las residencias para personas mayores y en el hospital.

b. Tipos de maltrato.

Tipos de maltrato y sus consecuencias⁴²:

- Físico: Hematomas, fracturas, quemaduras, abrasiones, arañazos, heridas por ataduras, luxaciones, etc.,
- Psicológico: Pérdida de apetito, miedo, trastornos del sueño confusión, indefensión, ansiedad, depresión, pseudodemencias, ideas suicidas, aislamiento social, emocionalmente disgustado o agitado.
- Negligencia: Reagudización de enfermedades, UPP, hipotermia/hipertermia, falta de higiene corporal, malnutrición y deshidratación.

- Económico: Deterioro del nivel de vida, falta de servicios, incapacidad para pagar las facturas, falsificación de firmas, cambios en los patrones de gastos, desahucio.
- Sexual: ETS, traumas en pechos, genitales, boca o zona anal, hemorragias vaginales.

c. Actuación en situaciones de maltrato.

En el caso de que detección de malos tratos en ancianos y personas con discapacidad, la actuación será la siguiente⁴²:

1. Detección de situaciones de riesgo.
2. Anamnesis, y en su caso exploración, orientada al problema en las situaciones de riesgo y ante sospecha de malos tratos.
3. Comunicación a las autoridades competentes de aquellas situaciones que lo requieran, especialmente en el caso de sospecha de violencia de género o de malos tratos en ancianos y personas con discapacidad y, si procede, a los servicios sociales.
4. Establecimiento de un plan de intervención adaptado a cada caso.

Factores de riesgo y vulnerabilidad de ser víctima de malos tratos:

Los factores de riesgo pueden ser³⁸:

_Para el anciano:

- Edad avanzada.
- Deficiente estado de salud.
- Incontinencia.
- Deterioro cognitivo y alteraciones de conducta.
- Dependencia física y emocional del cuidador.
- Aislamiento social.
- Antecedentes de malos tratos.

_Para el agresor (cuando es el cuidador):

- Sobrecarga física o emocional (situaciones de estrés, crisis vitales)
- Padecer trastornos psicopatológicos.
- Abuso de alcohol u otras toxicomanías.
- Experiencia familiar de maltrato a ancianos o violencia familiar previa.
- Incapacidad del cuidador para soportar emocionalmente los cuidados.

_Situaciones de especial vulnerabilidad

- Vivienda compartida.
- Malas relaciones entre la víctima y el agresor.
- Falta de apoyo familiar, social y financiero.
- Dependencia económica o de vivienda del anciano.

La enfermera/o al realizar la valoración integral del paciente, familia y entorno tendrá en cuenta la posibilidad de maltrato y ante cualquier signo que sugiera la

existencia de maltrato debe actuar. Si la situación es clara y/o el paciente lo declara directamente o pide ayuda, hay que poner la situación en conocimiento de la autoridad competente. En el caso de que la situación no está clara derivará el caso a la trabajadora social proponiendo visita conjunta, así como al médico referente para que alertar sobre la situación y por tanto, ante cualquier consulta que sugiera algún tipo de maltrato le servirá para confirmar y notificar.

Bibliografía.

1. Martín Lesende, I. Detección de ancianos de riesgo en atención primaria. Recomendación. Formación Continuada. *Aten Primaria*. 2005; 36 (5): 273-7.
2. Martínez Martín ML, González Montalvo JI, Otero Puime A, Anciano frágil: ¿hablamos todos de lo mismo?. *Rev Esp Geriat Gerontol*. 2007; 42 (6): 357:360.
3. Espinosa Almendro JM, Rodríguez Gómez S et al. Examen de Salud para Mayores de 65 años. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. Actualización 2017.
4. Ministerio de salud, servicios Sociales e Igualdad. Documento de consenso de prevención de la fragilidad en la persona mayor. Estrategia de promoción de salud y prevención en el SNS. 2014. Madrid.
5. Ferrer C, Cegri F. Informe de FAECAP sobre la atención domiciliaria en España: el liderazgo de enfermería comunitaria [Internet]. 2015 [citado 2018 Feb 6]. Disponible en: <http://www.faecap.com/noticias/show/informe-de-faecap-sobre-la-atenciondomiciliaria-en-espana-el-liderazgo-de-la-enfermeria-comunitaria>
6. Esteban J, Ramírez D, Sánchez F. Guía de buena práctica Clínica en Atención Domiciliaria [Internet]. Madrid; 2005-2016 [citado 2018 Feb 12]. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/GBPC_Atencion_Domiciliaria.pdf.
7. Ribas J. Historia de la Enfermería Domiciliaria en España [Internet]. 2015 [citado 2018 Feb 5]. Disponible en: <https://enfermera.io/historia-de-la-enfermeria-domiciliaria/>
8. Arribas A, Gasco S, Hernández M, Muñoz E. Papel de Enfermería en Atención Primaria [Internet]. Madrid; 2009 [citado 2020 Jul 19]. Disponible en: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0434.pdf>
9. Lima-Rodríguez JS Lima-Serrano M, Sáez-Bueno A. Intervenciones enfermeras orientadas a la familia. *Enferm Clínica*. 2009; 19(5): 280-283.
10. Tirado G, Hueso C, Cuevas M, Montoya R, Bonill C, Schmidt J. Cómo escribir un caso clínico en Enfermería utilizando Taxonomía NANDA, NOC, NIC. *Index Enferm*. 2011; 20 (1-2): 111-115.
11. Crawford A, Harris. H. “Cuidar a adultos con deterioro de la movilidad”. *Nursing*. 2017; 34 (4): 32-37.
12. Martín-Lesende I, Gorroñoigoitia A, Gómez J, Baztán JJ, Abizanda P. El anciano frágil. Detección y manejo en Atención Primaria. *Aten Primaria*. 2010; 42 (7): 388-93.
13. Díaz A. La valoración geriátrica integral en enfermería [Internet]; Cantabria. 2015 [citado 2018 Mar 9]. Disponible en: <https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/7469/DiazPorresA.pdf?sequence=1>

14. González Fernández MA, Corral-Llana F et al. Un instrumento para la valoración global del riesgo en el anciano. Validez del cuestionario de Barber. Consejería de Sanidad, Junta de Castilla León.
15. American Geriatrics Society Expert Panel on the Care of Older Adults with Multimorbidity. Guiding principles for the care of older adults with multimorbidity: an approach for clinicians. *J Am Geriatr Soc.* 2012; 60: E1-E25.
16. Arriola Manchola E, Carnero Pardo C et al. Deterioro cognitivo leve en el adulto mayor. Documento de consenso. Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, 2017.
17. Saldaña-Díaz A I, Herrera-Tejedor J, Esteban-De Antonio E, Martín-Gómez M A, Simón-Campo P, Salgado-Cámara P, ... & Olazarán-Rodríguez J. Deterioro cognitivo en el paciente muy anciano: estudio retrospectivo en una consulta de neurología. *Rev Neurol.* 2018; 67 (9): 325-330.
18. Ignatavicius D, Workman M. Medical-Surgical Nursing: Patient-Centered Collaborative Care. 7th ed. 2013. Elsevier.
19. Carballo-Rodríguez Adelina, Gómez-Salgado Juan, Casado-Verdejo Inés, Ordás Beatriz, Fernández Daniel. Estudio de prevalencia y perfil de caídas en ancianos institucionalizados. *Gerokomos.* 2018; 29 (3): 110-116.
20. Fernández Engracia, Estévez Montserrat. La valoración geriátrica integral en el anciano frágil hospitalizado: revisión sistemática. *Gerokomos.* 2013; 24 (1): 8-13.
21. Morrell L et al. Factors Associated with Informant-Reported Cognitive Decline in Older Adults: A Systemised Literature Review. *Dementia.* 2019; 18(7-8): 2760-2784.
22. Guía de actuación en las personas mayores en Atención Primaria. Servicio Canario de Salud. Consejería de Salud y Consumo. Febrero 2002.
23. Giddens J, Scheller J. Mobility. Concepts for Nursing Practice. 2ª ed. 2017. Elsevier pp. 239-247.
24. Zisberg A, Syn-Hershko a. Factors related to the mobility of hospitalized older adults: A prospective cohort study. *Geriatr Nurs.* 2016; 37 (2): 96-100.
25. Amidei C. Mobilisation in critical care: a concept analysis. *Intensive Crit Care Nurs.* 2012; 28:73-81
26. Galván-Banqueri M, González-Méndez AI, Alfaro-Lara ER, Nieto-Martín MD, Pérez-Guerrero C, Santos-Ramos B. Evaluación de la adecuación del tratamiento farmacológico en pacientes pluripatológicos. *Aten Primaria.* 2013; 45 (5): 235-243.
27. Villafaina A, Gavilán E. Pacientes polimedicados frágiles, un reto para el Sistema Sanitario. *Sistema Nacional de Salud.* 2011; 35 (4).
28. Amado E, Durán C, Izko N, Massot M, Palma D, Rodríguez G et al. Elementos básicos del abordaje de la medicación en el paciente crónico: información al paciente, conciliación, revisión y adherencia. SEFAP. 2012.
29. Topinková E, Baeyens JP, Michel JP, Lang PO. Evidence-based strategies for the optimization of pharmacotherapy in older people. *Drugs Aging.* 2012; 29 (6): 477-494.

30. Triana, MV (2020). Prevención de errores de medicación: efectividad de las intervenciones en enfermería en adultos. *Evidentia*, e12702-e12702.
31. Galván-Banqueri M, Santos-Ramos B. et al. Adecuación del tratamiento farmacológico en pacientes pluripatológicos. *Aten Primaria*. 2013; 45 (1): 6-20.
32. Spinewine A, Schmader KE, Barber N, Hughes C, Lapane KL, Swine C *et al*. Appropriate prescribing in elderly people: how well can it be measured and optimised?. *Lancet*. 2007; 370 (9582): m173-184.
33. Mazilli A, D., Gomez Arcas, M. et al. Guía de Atención Domiciliaria. Guías de actuación clínica. Consejería de Salud, SAS, Distrito Málaga. 2006.
34. García-Calvente MM, Mateo I, Eguiguren AP. El sistema informal en clave de desigualdad. *Gac Sanit*. 2004; 18 (Supl. 1): 139-139.
35. Esteban J, Ramírez D, Sánchez F. Guía de buena práctica Clínica en Atención Domiciliaria [Internet]. Madrid; 2005-2016 [citado 2020 Jul 2]. Disponible en: https://www.cgcom.es/sites/default/files/GBPC_Atencion_Domiciliaria.pdf
36. Pacheco S. Importancia del servicio de atención domiciliaria en ancianos. TFG. Grado en Enfermería. E.U. Enfermería de Palencia. Universidad de Valladolid. Junio 2018.
37. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. BOE-A-2006-21990. 2007.
38. Fernández Alonso MC. Grupo de Salud Mental del PAPPS. Malos tratos a los Ancianos [Internet]. Documento publicado por SEMFyC. [citado 2020 Jul 15]. 2016. Disponible en: <http://www.imsersomayores.csic.es>
39. Adams CY. Maltrato en el adulto mayor institucionalizado. Realidad e invisibilidad. *Rev méd Clín Las Condes*. 2012; 23 (1): 84-90.
40. Barbero J, Barrio IM, Gutiérrez C, Izal M, Martínez A, Moya A et al. Malos Tratos a Personas Mayores: Guía de actuación. Colecciones Manuales y Guías. Serie Personas Mayores. 2005. Observatorio de Personas Mayores. Madrid: IMSERSO.
41. Alonso GT. 2015. *El maltrato en la vejez*. *Nuberos Científica*. 2015; 2 (14): 72-8.
42. López R. Fenómeno invisible: maltrato en los ancianos. TFG. Grado en Enfermería. E.U. Enfermería Casa Salud de Valdecilla. Febrero 2017.

ANEXO 1

Modelo de Necesidades Básicas de Salud de Virginia Henderson

Las 14 necesidades básicas a valorar en este modelo:

1. Respirar normalmente.
2. Comer y beber adecuadamente.
3. Eliminar normalmente por todas las vías.
4. Moverse y mantener posturas adecuadas.
5. Dormir y descansar.
6. Escoger ropa adecuada, vestirse y desvestirse.
7. Mantener la temperatura corporal dentro de límites normales, adecuando la ropa y modificando la temperatura ambiental.
8. Mantener la higiene corporal y la integridad de la piel.
9. Evitar los peligros ambientales y evitar lesionar a otras personas.
10. Comunicarse con los demás expresando emociones, necesidades, temores y sensaciones.
11. Necesidad de practicar sus creencias.
12. Trabajar en algo gratificante para la persona.
13. Desarrollar actividades lúdicas y recreativas.
14. Satisfacer la curiosidad que permite a la persona su desarrollo en aspectos de salud.

ANEXO 2

PATRÓN 1: PERCEPCIÓN - MANEJO DE LA SALUD

Este patrón describe, básicamente, cómo percibe el propio individuo la salud y el bienestar, y cómo maneja todo lo relacionado con su salud, respecto a su mantenimiento o recuperación. Por tanto, se incluye en él, las prácticas preventivas de todo tipo (hábitos higiénicos, vacunaciones, autoexploraciones recomendadas a la población, etc.), la adherencia a tratamientos médicos o enfermeros prescritos y la evitación o control de prácticas sociales perjudiciales para la salud (consumo de drogas, alcohol, tabaco, etc.).

En concreto, mediante la valoración de este patrón pretendemos determinar las percepciones sobre salud del individuo, el manejo general de su salud y las prácticas preventivas.

Recomendaciones de Datos a obtener:

- ¿Cómo percibe el paciente su estado de salud?
- ¿Se considera "sano", "enfermo"?
- ¿Faltó frecuentemente a sus responsabilidades laborales o de estudio por alteraciones en su salud (catarros frecuentes, molestias inespecíficas, etc), en los últimos tiempos? ¿Tiene prácticas perjudiciales para su salud: fuma, bebe alcohol en exceso, ¿consume drogas?
- ¿Realiza acciones preventivas apropiadas para su edad o sexo: se vacuna, realiza autoexploraciones mamarias, etc.?
- ¿Ha sufrido accidentes, tanto caseros, laborales o de tráfico?
- ¿Sigue correctamente los tratamientos indicados por los profesionales sanitarios?
- ¿Es alérgico a alguna sustancia?
- ¿Ha tenido ingresos hospitalarios?
- ¿Ha recibido transfusiones de productos sanguíneos?
- ¿Ha estado o está expuesto a prácticas potencialmente infectivas?

PATRÓN 2: NUTRICIONAL - METABÓLICO

Mediante la valoración de este patrón, se pretende determinar las costumbres de consumo de alimentos y líquidos, en relación con las necesidades metabólicas del individuo, y las posibilidades de disponibilidad de aquellos. También, se explorará los posibles problemas en su ingesta. Asimismo, se determinará las características de la piel y mucosas, y su estado. Se indagará sobre talla, peso y temperatura.

Recomendaciones de datos a obtener:

- ¿Cuál es la ingesta típica de alimentos diaria? Variedad y cantidad. Número de ingestas/día y distribución.
- ¿Necesita suplementos nutricionales por su enfermedad?
- ¿Cuál es la ingesta típica de líquidos diaria?
- ¿Cómo es el apetito: ¿disminuido, aumentado?
- ¿Tiene problemas con la masticación, deglución o digestión de alimentos?

- ¿Tiene prótesis dentarias?
- ¿Hay vómitos, náuseas o regurgitaciones?
- ¿Hay pérdida o ganancia de peso?
- ¿Cuál es el estado de la piel y mucosas?
- ¿Qué características de elasticidad, hidratación y color tienen?
- ¿Existen lesiones en ellas? Si las hubiera ¿cuáles son las características de estas?

PATRÓN 3: ELIMINACIÓN

Describe el patrón de la función excretora (intestinal, urinaria y de la piel) y todos los aspectos relacionados con ella: rutinas personales, uso de dispositivos o materiales para su control o producción y características de las excreciones.

Recomendaciones de datos a obtener:

- ¿Cómo son las deposiciones del paciente en lo relativo a las características organolépticas y a su frecuencia?
- ¿Existen molestias?
- ¿Utiliza laxantes u otras medidas?
- ¿Hay problemas con su control?
- ¿Cuál es la frecuencia de la eliminación urinaria?
- ¿Hay dificultades para su emisión?
- ¿Hay incontinencia?
- ¿Cómo es la sudoración: excesiva, con fuerte olor?
- ¿Es el paciente portador de ostomía, drenaje o sonda?

PATRÓN 4: ACTIVIDAD - EJERCICIO

Este patrón describe las capacidades para la movilidad autónoma y la actividad, y para la realización de ejercicios. También, describe las costumbres de ocio y recreo. Busca conocer el nivel de autonomía del individuo para las actividades de la vida diaria que requieran algún grado de consumo de energía.

Recomendaciones de datos a obtener:

- ¿Tiene fuerza, energía, suficiente para afrontar las actividades de la vida diaria?
- ¿Realiza algún tipo de ejercicio: regularidad?
- ¿Qué grado de independencia tiene para el autocuidado en: alimentación, baño, aseo y acicalamiento, wáter, vestido, movilidad en cama y movilidad general?
- ¿Realiza actividades de ocio?
- ¿Cómo es su presión arterial?
- ¿Y su respiración?
- ¿Es portador de escayolas?

PATRÓN 5: SUEÑO - DESCANSO

Describe los patrones de sueño, descanso y relax a lo largo del día, y los usos y costumbres individuales para conseguirlos.

Recomendaciones de datos a obtener:

- ¿Cuántas horas duerme diariamente?
- ¿Concilia bien el sueño?

- ¿Se despierta con frecuencia a lo largo de la noche?
- ¿Cuándo se levanta lo hace descansado y con la energía suficiente para iniciar el día?
- ¿Es reparador su sueño? ¿Tiene pesadillas? ¿Toma alguna sustancia para dormir? ¿Tiene periodos de descanso-relax a lo largo del día?
- ¿Utiliza alguna técnica para lograrlo?
- ¿El medio ambiente inmediato es el adecuado para lograr descanso y conciliar el sueño?

PATRÓN 6: COGNITIVO - PERCEPTUAL

En él se describe el patrón sensorio-perceptual y cognitivo del individuo. Se observa la adecuación de las funciones visuales, auditivas, gustativas, táctiles y olfativas; comprobando, si fuera el caso, la existencia de prótesis para su corrección. En este patrón también se determina la existencia o no de dolor. Asimismo, se comprueban las capacidades cognitivas relativas a la toma de decisiones, la memoria y el lenguaje.

Recomendaciones de datos a obtener:

- ¿Dificultades para oír o ver correctamente?
- ¿Utiliza audífono o gafas?
- ¿Tiene alteraciones en los sentidos del gusto, el olfato o en las sensaciones táctiles?
- ¿Le es difícil centrar la memoria?
- ¿Le es difícil concentrarse?
- ¿Le es fácil tomar decisiones?
- ¿Existen problemas con el aprendizaje o con el lenguaje?
- ¿Siente dolor o malestar físico? ¿cómo lo combate?

PATRÓN 7: AUTOPERCEPCION - AUTOCONCEPTO

Describe el patrón de autoconcepto y las percepciones de uno mismo. Incluye las actitudes del individuo hacia sí mismo, hacia su imagen corporal y su identidad y hacia su sentido general de valía. Observa el patrón de conversación y las manifestaciones del lenguaje no verbal (postural corporal, contactos oculares, etc.).

Recomendaciones de datos a obtener:

- ¿Cómo se ve a sí mismo? ¿Está conforme consigo mismo?
- ¿Se han producido cambios en su cuerpo? Si es así ¿Cómo los ha asumido?
- ¿Se enfada frecuentemente?
- ¿Suele estar aburrido o con miedo?
- ¿Suele estar con ansiedad o depresivo?
- ¿Tiene periodos de desesperanza?

PATRÓN 8: ROL - RELACIONES

Incluye este patrón el papel o rol social, que juega el individuo en el seno familiar, laboral, etc. Así, como las responsabilidades que tiene que asumir debidas al

mismo. Se dará importancia, al valorar este patrón, a la existencia de problemas en las relaciones familiares y/o sociales.

Recomendaciones de datos a obtener:

- ¿Vive solo o en familia? ¿Cuántos miembros componen el núcleo familiar y quiénes son?
- ¿Depende del paciente la familia para algunas cosas importantes?
- ¿Existen problemas en las relaciones familiares: con la pareja, con los hijos, con los padres?
- ¿Cómo se vive en el seno familiar la enfermedad actual?
- ¿Pertenece a algún grupo social? ¿Tiene amigos? ¿Cómo se relaciona con ellos?
- ¿Se siente parte de la comunidad a la que pertenece?

PATRÓN 9 SEXUALIDAD - REPRODUCCIÓN

Describe los patrones de satisfacción o insatisfacción con la sexualidad, y así mismo, describe el patrón reproductivo y todo lo relacionado con el mismo.

Recomendaciones de datos a obtener:

- ¿A qué edad apareció la menopausia?
- ¿Algún problema relacionado con la reproducción?
- ¿Hay problemas o cambios en las relaciones sexuales?

PATRÓN 10: ADAPTACIÓN - TOLERANCIA AL ESTRÉS

Describe el patrón general de adaptación y efectividad en términos de tolerancia al estrés. Incluye la reserva individual o la capacidad para resistirse a las amenazas para la propia integridad, formas de manejar el estrés, sistemas de apoyo familiares o de otro tipo y capacidad percibida para controlar y manejar las situaciones.

Recomendaciones de datos a obtener:

- ¿Ha habido algún cambio importante en su vida últimamente y lo ha vivido como crisis?
- ¿Cuándo tiene problemas, en vez de afrontarlos, se escuda en el uso de medicamentos, alcohol, drogas u otras sustancias, para escapar de ellos?
- ¿Tiene alguien cercano al que poder contar sus problemas con confianza? ¿Lo hace cuando es necesario?
- ¿Cómo trata los problemas cuando se presentan?

PATRÓN 11: VALORES - CREENCIAS

Describe los patrones de valores, objetivos y creencias (incluidas las espirituales) que guían las decisiones y opciones vitales del individuo. Incluye lo percibido como importante en la vida y la percepción de conflicto en los valores, creencias y expectativas que estén relacionados con la salud.

Recomendaciones de datos a obtener:

- ¿La religión es importante en su vida? ¿Le ayuda cuando surgen dificultades?

- ¿Su estado de salud actual, le interfiere alguna práctica religiosa que desearía realizar? ¿Tiene algún tipo de creencia, religiosa o cultural, que influya en la práctica sanitaria habitual o en el curso de su salud en general?
- ¿Qué opina de la enfermedad y de la muerte?

ANEXO 3

CUESTIONARIO DE BARBER (detección de anciano de riesgo)

Está formado por los siguientes ítems:

1. ¿Vive solo?
2. ¿Se encuentra sin nadie a quien acudir si precisa ayuda?
3. ¿Hay más de 2 días a la semana que no come caliente?
4. ¿Necesita de alguien que lo ayude a menudo?
5. ¿Le impide su salud salir a la calle?
6. ¿Tiene con frecuencia problemas de salud que le impidan valerse por sí mismo?
7. ¿Tiene dificultades con la vista para realizar sus labores habituales?
8. ¿Le supone mucha dificultad la conversación porque oye mal?
9. ¿Ha estado ingresado en el hospital en el último año?

Cada respuesta afirmativa puntúa con 1 punto. 1 o más puntos, sugieren situación de riesgo.

Versión tomada de: Barber JH, Wallis JB, McKeating E. A postal screening questionnaire in preventive geriatric care. J R Coll Gen Pract. 1980;30 (210): 49-51.

ANEXO IV

Escala de fragilidad de Antequera (EPADI o ESCALA ANTEQUERA)

Valora el grado de fragilidad de los pacientes crónicos.

Ítems, criterios y puntuación que pueden tomar la EPADI:

1. Edad en años:		Puntos:	0
	< 75		
	75-84		1
	> 85		2
2. Test de Pfeiffer			
	Puntuación 3-10		1
	Puntuación 1-2		0
3. Índice de Barthel AIVD*			
	Dependencia leve > 60		0
	Dependencia 21-60		1
	Dependencia 0-20		2
4. Índice de Charlson abreviado			
	< 3		0
	≥ 3		2
5. Escala de valoración sociofamiliar			
	< 10		0
	10 a 16		1
	≥ 17		2
6. Pluripatológico			
	Sí (según proceso)		1
	No		0

*AIVD: actividades instrumentales de la vida diaria.

Interpretación del grado de fragilidad, según la puntuación total de la EPADI:

- Puntos: 0 No frágil
- Puntos: 1-3 Bajo
- Puntos: 4-6 Intermedio
- Puntos: 7-10 Alto

TEMA 10. Cronicidad

SÁNCHEZ RUIZ, MÁXIMO JUAN

1. Introducción.

Se estima que aproximadamente el 70% del total del presupuesto sanitario se destina a atender a los pacientes crónicos. Según la Base de Datos Clínicos de Atención Primaria (BDCAP), el 34% de la población presenta, al menos un problema crónico, porcentaje que alcanza el 77,6% en las personas de 65 y más años¹.

La Estrategia para el abordaje de la cronicidad del Sistema Nacional de Salud ha propuesto un cambio de enfoque en el modelo de atención de los pacientes crónicos que en su curso natural sufren reagudizaciones. Este enfoque propone acentuar la atención sanitaria en la fase crónica en lugar de en las fases agudas, tal y como se realiza en el modelo actual. Este enfoque ha demostrado reducir los periodos de reagudización, los reingresos hospitalarios, mejorar la calidad de vida y disminuir los costos².

La atención a la cronicidad es una realidad de trabajo desde hace tiempo en los sistemas sanitarios, por el gran peso que tiene en el bienestar de la población y en el coste del sistema. El *modelo de atención a la cronicidad o Chronic Care Model*, propuesto por Wagner, fue la primera iniciativa de atención integral a la cronicidad. En este modelo que ha sido adaptado en múltiples sistemas sanitarios, destaca los conceptos de cuidado integral (*integrated care*), gestión de casos (*case management*), atención domiciliaria (*home-based management*) o gestión de la enfermedad (*disease-management*)³.

En líneas generales se plantea la necesidad de cambiar el enfoque de atención sanitaria a través de una visión compartida, en la que, sistema sanitario, recursos, organizaciones e instituciones de la comunidad trabajan en la prevención y manejo de las enfermedades crónicas². Con un enfoque integrado, coordinado y multidisciplinar, donde también el paciente y cuidador están implicados en la gestión de la enfermedad y se potencia el autocuidado, a través de la educación sanitaria y la ayuda a la toma de decisiones³.

Envejecimiento y cronicidad son términos muy relacionados debido a que el envejecimiento a menudo deriva en una disminución de la capacidad funcional y, por tanto, en personas con mayor vulnerabilidad, mayor pluripatología, más consumo de fármacos y mayor necesidad de cuidados².

La atención de las personas con procesos crónicos debe hacer más partícipe al paciente de su salud, fomentar el autocuidado y la toma de decisiones compartida con el apoyo del cuidador, con el fin de adquirir hábitos saludables, mejorar la adherencia al tratamiento, evitar o retrasar reingresos hospitalarios y en definitiva disminuir en lo posible la vulnerabilidad a causa de ese proceso crónico de salud^{3,4}. La atención integral del paciente crónico exige colaboración y trabajo en equipo, coordinación estrecha con

el equipo de atención primaria y los profesionales de atención hospitalaria y el resto de recursos de la comunidad⁴.

Las intervenciones enfermeras han demostrado resultados favorables en efectividad y satisfacción proporcionando gran impacto en la estrategia de atención a la cronicidad en España en sus distintas modalidades: la gestión de casos, la enfermería de práctica avanzada, los programas de atención domiciliaria desde atención primaria y la telemonitorización⁴.

La atención principal debe estar centrada en aquellos pacientes graves y complejos, con ingresos hospitalarios recurrentes, que precisan cuidados integrales y una gestión de caso personalizada³. Como se ha comentado en anteriores capítulos de este documento, enfermería realizará una valoración integral del paciente en el contexto de su cotidianidad, donde va a establecer un plan de cuidados personalizado y trazará unos objetivos y establecerá unas intervenciones para mejorar el nivel de objetivos propuesto en dicho plan de cuidados^{2,3}.

2. Atención a pacientes con cardiopatía.

Se estima que aproximadamente un 2% de la población adulta padece insuficiencia cardíaca (IC). Además, esta prevalencia aumenta con la edad, pues es < 1% antes de los 50 años y supera el 16% a partir de los 75 años⁵.

La historia natural de la IC está caracterizada por las descompensaciones, que habitualmente van a requerir hospitalización. La participación del paciente en el autocuidado y el seguimiento de enfermería junto con el resto de profesionales han mostrado eficacia en la disminución de la mortalidad y de los reingresos. La intervención en el domicilio irá dirigida a mejorar la calidad de vida mediante la detección precoz de las descompensaciones y el control de síntomas, educación sanitaria para el autocuidado y soporte emocional⁶.

Los objetivos generales de la intervención enfermera en pacientes con IC son⁷:

- Incrementar el nivel de autocuidado de los pacientes.
- Mejorar el conocimiento del proceso de su enfermedad.
- Detectar el incumplimiento y efectos secundarios.
- Reducir el reingreso.
- Mejorar la calidad de vida relacionada con la salud.
- Disminuir la morbimortalidad.

Para la consecución de los objetivos anteriormente mencionados, durante las visitas domiciliarias realizaremos⁷:

- Valoración integral al paciente y cuidadora principal para detectar: necesidades de cuidados (educativas, físicas y psicosociales, aspectos psicológicos, inmunización), la capacidad para el autocuidado, problemas de colaboración y necesidades en el cuidador principal. También realizaremos una valoración de los sistemas de apoyo y entorno a través de los diferentes cuestionarios (Índice de Barthel, Test de Pfeiffer, Cuestionario Duke-unc, Índice de esfuerzo del cuidador). Además, la valoración incluirá la detección de hábitos tóxicos.

- Identificación de factores de riesgo y estimación del riesgo vascular. Las actividades más destacadas son: Monitorizar la presión arterial si el paciente es hipertenso, mantener un control de la glucosa si el paciente es diabético, evitar la obesidad y evitar los hábitos tóxicos.
- Identificar la existencia de comorbilidades.
- Estimación de la evolución de la IC respecto al control previo.
- Proporcionar educación sanitaria: Autocuidado. Monitorizar y reconocer signos y síntomas de alarma. Cuidados en la fase final de la enfermedad.
- Verificar Adherencia al tratamiento.
- Se derivará a la trabajadora social si existe problemática social o de riesgo.
- Se gestionará la intervención temprana con la enfermera gestora de casos cuando se identifique, alguna de las siguientes circunstancias:
 - Perfil de reingresos frecuentes relacionados con la IC.
 - Pacientes frágiles con necesidad de cuidados complejos.
 - Pacientes sin apoyo familiar.
 - Alta complejidad del caso que comprometa la adherencia terapéutica y logro de resultados.
- Inclusión del paciente y/o cuidador principal en taller de insuficiencia cardiaca (apoyo con escuela de pacientes).

Los cuidados al alta hospitalaria en el caso de periodos de reagudización que requieran ingreso hospitalario, incluirá⁷:

- Valoración integral al paciente y cuidadora principal.
- Valoración sistemas de apoyo y entorno.
- Valorar necesidad de ajuste de medicación según analítica o clínica.
- Verificar la adherencia al tratamiento y el registro de control de parámetros (peso y tensión arterial).
- Educación al paciente y cuidador en la detección de signos de alarma (dolor torácico opresivo que no cede, dificultad respiratoria, desvanecimiento, aumento rápido de peso, disminución de la cantidad de orina, hinchazón de pies y tobillos, tos seca).

3. Atención a pacientes con problemas respiratorios.

Una de las enfermedades crónicas con mayor impacto social, sanitario y económico es la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). La EPOC posee una enorme prevalencia (el 10,2% de la población mayor de 40 años), y elevada mortalidad (es la quinta causa de muerte en España). Además, la EPOC suele asociarse con otras patologías crónicas, lo que incrementa el consumo de recursos sanitarios. A pesar de que la mayoría de las guías de práctica clínica proponen el tratamiento y la intervención mantenida, es necesario dirigir los cuidados a los periodos intercrisis con el objetivo de reducir los mismos⁸.

Otra de las enfermedades crónicas respiratorias de mayor impacto social, sanitario y económico es el asma bronquial, donde también son frecuentes las comorbilidades con otras enfermedades crónicas⁹.

Son estos pacientes con problemas crónicos por tanto una población vulnerable a sufrir deterioro en su salud a causa de sus morbilidades respiratorias crónicas ^{8,9}.

Los objetivos generales de la intervención enfermera en estos pacientes son ⁹:

- Incrementar el nivel de autocuidado de los pacientes.
- Mejorar el conocimiento del proceso de su enfermedad.
- Detectar el incumplimiento del tratamiento y los efectos secundarios.
- Reducir los reingresos.
- Mejorar la calidad de vida
- Disminuir la morbimortalidad.

Por tanto, las intervenciones y actividades a seguir con estos pacientes son ¹⁰:

- Reevaluación periódica del paciente haciendo uso de la entrevista motivacional.
- Educación sobre su proceso de enfermedad, reconocimiento de síntomas y signos de alarma, manejo del tratamiento en crisis, control de efectos adversos.
- Ofrecer recursos de información como guías, asociaciones, información web y otros.
- Evaluación de la evolución clínica y la sintomatología del paciente, periodicidad de las crisis y calidad de vida.
- Procurar un buen manejo de la medicación inhalada.
- Captación activa de vacunación antigripal y neumocócica.
- Evaluación de hábitos tóxicos y consejo anti tabáquico.
- Educación en hábitos saludables adaptados a su estado de salud tanto en dieta como en ejercicio y rehabilitación respiratoria.

Bibliografía.

1. Román Sánchez, P. et al. Informe de evaluación Estrategia Cronicidad. Madrid, 2019. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Evaluacion_E._Cronicidad_Final.pdf
2. Coleman K, Austin BT, Brach C, Wagner EH. Evidence on the chronic care model in the new millennium. *Health Aff (Millwood)*. 2009; 28 (1): 75-85.
3. Wagner EH. Chronic disease management: what will it take to improve care for chronic illness?. *Eff Clin Pract*. 1998; 1(1): 2-4.
4. Mármol-López MI et al. Impacto de las intervenciones enfermeras en la atención a la cronicidad en España. *Rev Esp Salud Pública*. 2018; 92: e1-e15.
5. Anguita Sánchez MP, Crespo Leiro MG, De Teresa Galván E, Jiménez Navarro M, Alonso Pulpón L, Muñiz García J. Prevalencia de insuficiencia cardíaca en la población general española mayor de 45 años. Estudio PRICE. *Rev Esp Cardiol*. 2008; 61: 1041-1049.
6. McAlister FA, Stewart S, Ferrua S, McMurray JJ. Multidisciplinary strategies for the management of heart failure patients at high risk for admission: a systematic review of randomized trials. *J Am Coll Cardiol*. 2004; 44 (4): 810-819.
7. Adalid Ortega, A. Guía de atención enfermera a personas con insuficiencia cardíaca crónica en atención primaria. Servicio Andaluz de Salud. 2017. Disponible en: <https://www.picuida.es/wp-content/uploads/2017/12/guiainsuficiencia.pdf>
8. Evaluación de la Estrategia en EPOC del Sistema Nacional de Salud. Informe junio 2012. Ministerio de Sanidad y Política Social. 2013. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/EVALUACION_EXT RATEGIA_EPOC_2012.pdf
9. Prosser R, Carleton B, Smith A. The comorbidity burden of the treated asthma patient population in British Columbia. *Chronic Dis Can*. 2010; 30: 46-55.
10. Palacios Gómez L et al. Guía para el abordaje de los cuidados a personas con EPOC en atención primaria en el SSPA. Servicio Andaluz de Salud. 2017. Disponible en: http://www.sas.junta-andalucia.es/contenidos/publicaciones/datos/685/pdf/guia_epoc.pdf



UNIVERSIDAD
DE ALMERÍA



asanec
Asociación Andaluza de Enfermería Comunitaria



PiCuida

Estrategia de Cuidados de Andalucía



Junta de Andalucía
Consejería de Salud y Familias

Nursing **now**



9 788409 245185

El documento de consenso *“Promoción de la salud y vulnerabilidad en el ámbito domiciliario”*, recoge la evidencia disponible en cuidados en población vulnerable: cronicidad compleja, discapacidad, maltrato, adicción, inmigrantes o personas en situación de pobreza, entre otros.

Los profesionales de enfermería acompañan a personas vulnerables en el ámbito domiciliario, ofreciendo unos cuidados excelentes. El objetivo principal de los cuidados domiciliarios es mejorar la salud y la calidad de vida en esta población.

*“La enfermera está llamada a cuidar del enfermo en su domicilio”,
Nightingale, 1867.*