

Vulnerabilidad para ejercer el autocuidado en Cartagena¹

Vulnerability to Exercise Self-Care Cartagena



^a
Estela Melguizo Herrera

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8087-9718>

Universidad de Cartagena, Colombia

Marta Fernández-Batalla

ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-0688-5391>

marta.fdezbatalla@gmail.com

Universidad Alcalá de Henares, España

Yolima Manrique-Anaya

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-3986-7870>

ymanriquea@unicartagena.edu.co

Universidad de Cartagena, Colombia

Recibido: 02/09/2021

Aceptado: 12/10/2022

Resumen

Introducción: Las familias latinoamericanas han presentado transformaciones que repercuten en sus miembros a practicar autocuidado de la salud, al estar expuestos a vulnerabilidad de cuidado en las diferentes situaciones o eventos de la vida diaria. Dorotea Orem en su teoría menciona que los factores condicionantes básicos permiten evaluar la condición de vulnerabilidad de las personas y las familias. **Objetivo:** Conocer la vulnerabilidad para ejercer el autocuidado en familias de dos localidades del área de influencia del Centro de Atención Primaria de la Universidad de Cartagena, en el año 2019. **Metodología:** Estudio descriptivo. Población constituida por 29 familias, de las cuales se tomó una muestra de 132 personas. El muestreo fue aleatorio. Se aplicó una sola encuesta que indaga sobre los factores condicionantes básicos y el índice de vulnerabilidad de cuidado (ivc). Se aplicó una estadística descriptiva y se consideraron los aspectos éticos. **Resultados:** El 61 % de los participantes fueron mujeres, y de ellas el 40 % está en etapa de adulto vital. El 90 % de los participantes se siente desarrollado según su ciclo vital, el 77 % de las mujeres enfatizó que el género no es obstáculo para ejercer autocuidado, el 80 % de las personas afirmaron que el entorno favorece su autocuidado, y un 65 % y un 49 % cuentan con tiempo y recursos suficientes, respectivamente, para mantener autocuidado. El ivc fue máximo de 0.23 puntos. Las personas logran identificar los factores básicos que les aportan una gestión eficaz de su salud. **Conclusiones:** Los adultos y adultos

mayores mantienen sus factores básicos según perciban el entorno y el apoyo familiar.

Palabras clave: vulnerabilidad, apgar familiar, teoría, enfermería (DeCS).

Abstract

Introduction: Latin American families have presented transformations that affect their members in practicing self-care of health exposed to vulnerability of care in the different situations or events of daily life. Dorotea Orem in her theory mentions that the Basic Conditioning Factors allow to evaluate the condition of vulnerability of peoples and families. **Objective:** To know the vulnerability to exercise self-care in families in two localities of the area of influence of the Primary Care Center of the Universidad de Cartagena (University of Cartagena) in 2019. **Methodology:** Descriptive study. Population made up of 29 families from which a sample of 132 people was taken. Sampling was random. A single survey was conducted to investigate the basic determinants and the Care Vulnerability Index. Descriptive statistics were applied. Ethical aspects were considered. **Results:** 61% of the participants were women, of these, 40% were in adult life. 90% of participants feel developed according to their life cycle, 77% of women emphasized that gender is not an obstacle to exercise self-care, 80% of the people said that the environment favors their selfcare, they have enough time and resources to maintain self-care say 65% and 49%. The Care Vulnerability Index was maximum 0.23 points. People can identify the basic factors that provide them an effective health management. **Conclusions:** Adults and older adults perceive maintaining their basic factors according to their perception of the environment and family support.

Keywords: vulnerability, family apgar, theory, nursing (DeCS).

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (oms) ha definido la familia como el grupo de

personas del hogar que tiene cierto grado de parentesco. Además, el concepto de la familia se enriquece al adquirir un claro contenido social, al apreciar que en muchos de sus cambios estructurales y funcionales intervienen factores socioeconómicos y sociopsicológicos (Organización Mundial de la Salud [oms], 1976).

A pesar de su posición central en la sociedad, la familia, como unidad de atención, sigue siendo estudiada por los profesionales de la salud. Suelen hacerse escasas y genéricas referencias sobre el papel de la familia en los servicios de salud, a pesar de conocer que cerca del 80 % de todos los cuidados para la salud se producen en el contexto informal de la familia, no se tiene claro cuál es su función respecto a temas como educación sanitaria y autocuidados (Cid et ál., 2014).

La familia se relaciona con el cuidado y la satisfacción de necesidades materiales y emocionales de todos y cada uno de los integrantes; así mismo, es un sistema abierto en continuo intercambio de información entre sus integrantes y el ambiente que los rodea (Barreto-Zorza y Velásquez-Gutiérrez, 2016; Pinto et ál., 2017). Por tanto, la salud familiar tiene un origen multicausal en el cual intervienen, como ya se planteó, elementos socioeconómicos, sociopsicológicos, la propia salud individual de los miembros y el funcionamiento familiar. Todos estos elementos hay que tenerlos en cuenta para su análisis y, por demás, tampoco se puede considerar la salud familiar como un estado estático, sino que está sometido a un proceso de transformación y cambio en el que influyen significativamente las crisis o los eventos que atraviesa la familia. Además, tienen un papel fundamental para el restablecimiento de su equilibrio, los recursos adaptativos de la familia, su forma de enfrentar los conflictos y al acceso a las redes de apoyo social (Méndez et ál., 2011).

La influencia de las conexiones establecidas entre el contexto familiar y las trayectorias individuales permanece descuidada en la investigación empírica: según las revisiones recientes, la investigación familiar y de salud todavía se centra en individuos en lugar de en parejas u hogares como unidades de análisis (Otero y Muntaner, 2014). Tomar en cuenta las circunstancias sociales de las personas necesita considerar sus relaciones cercanas a lo largo del tiempo (Burton-Jeangros et ál., 2015).

Las familias latinoamericanas han presentado cambios importantes como las transformaciones demográficas, el aumento de los hogares con jefatura femenina, la creciente participación de las mujeres en el mercado laboral, así como el desempleo, la pobreza y la violencia intrafamiliar. Los diversos problemas o cambios que surgen en las familias las tensionan y, por consiguiente, también a sus integrantes. Los numerosos hogares monoparentales, la falta de acceso a salud, la alimentación, la educación, ciertas pautas de crianza y la incorporación de la mujer al trabajo fuera del hogar (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura [Unesco], 2004) han puesto en riesgo el mantener la salud familiar, haciéndola vulnerable ante las situaciones o los eventos.

Para identificar los aspectos que pueden llevar a ser vulnerable a los integrantes de la familia, en esta investigación se tomaron en cuenta parte de los planteamientos de Dorothea Orem, quien en su teoría de déficit de autocuidado propone unos Factores Condicionantes Básicos (fcb): edad/ciclo vital (fecha de nacimiento hasta la actualidad); desarrollo (adecuación de la edad a los patrones de lo esperado); sexo/genero (condición biológica/desempeño del rol unido al sexo); cultura/cuidado (identificación con el contexto); estilo de vida (pautas

empleadas a lo largo de la vida en busca de cuidado); entorno/recursos materiales (ingresos económicos) (Marriner y Raile, 2011).

La relación entre los fcb de cada miembro de la familia y el ejercicio de su agencia de autocuidado –definada por Dorothea Orem como el conjunto de acciones adquiridas que realiza la persona con el interés de mantener un adecuado funcionamiento de su cuerpo, además de tener desarrollo personal (Orem, 1993; Prado et ál., 2014)– permite sostener lo afirmado por Colliere (1993), quien argumenta que si la agencia de autocuidado falla es cuando se presenta una condición de vulnerabilidad, entendida esta como una cualidad inherente a la persona, con el argumento que desde el mismo momento que nace hasta su muerte la persona está en una constante posición de pérdida o déficit de posibilidad de brindar los cuidados precisos, ya sea por falta de competencia o aumento de necesidad, o su combinación (Hossaim y Orbañanos, 2017; Sellman, 2005).

Arribas Cachá et al identifican en las diferentes etapas vitales diversas posibilidades de padecer problemas de salud, que junto con otros factores como el apoyo familiar repercuten en la capacidad de autocuidado. La competencia de autocuidado influye en una relación lineal negativa en la vulnerabilidad individual, esto a razón del coeficiente de Pearson que al correlacionarlas se observó que el valor de la vulnerabilidad oscila entre -1 a +1; si la competencia de autocuidado aumenta, la vulnerabilidad disminuye, es decir, se hace más negativa (Fernández, 2019).

A partir de esta idea, Fernández et ál. (2018) generaron un método de valoración de la vulnerabilidad de cuidados interpretado como la posibilidad de sufrir daño en función de la competencia y la necesidad que presenta cada persona en sus circunstancias (Monsalvo, 2017).

Dicha valoración de vulnerabilidad se determina mediante el índice de vulnerabilidad de cuidado (ivc) con un rango de 0 (el menos vulnerable) a 1 (el más vulnerable) (Fernández, 2018; Fernández et ál., 2018).

Los apartes mencionados han sido aplicados en otro país (Ramasco et ál., 2016), y aún en Colombia no se encuentra en la literatura estudios que midan la vulnerabilidad de cuidado relacionándola con los factores condicionantes básicos de Orem; por tanto, se hace necesario identificar una localidad que sea accesible y de influencia de la universidad, cuya estratificación documentada en el Censo Nacional de Población y Vivienda de 2018 reveló que están en los estratos 1 y 2; de otra parte, los habitantes en número son significativos para lograr identificar aspectos que fortalecen o impactan la continuidad de la agencia de autocuidado además de aportar en la gestión de proyección social desde la academia.

Con lo anteriormente expuesto, el objetivo de la presente investigación es identificar la vulnerabilidad de una localidad para ejercer el autocuidado del área de influencia del Centro de Atención Primaria (cap) de la Universidad de Cartagena (Colombia) en el 2019.

Materiales y métodos

Se llevó a cabo un estudio cuantitativo descriptivo de corte trasversal, con la participación de una población de 15 368 personas. Se tomó una muestra de 29 familias que viven en dos barrios elegidos para el estudio, ubicados en el área de influencia del cap de la Universidad de Cartagena; un total de 132 miembros de las familias participantes respondieron la encuesta.

Las familias participantes lo hicieron de forma voluntaria tras detallarles el propósito y método básico de participación del estudio.

Esto consistió en facilitarles un cuestionario (véase el Anexo 1) que muestra los factores condicionantes básicos descritos por Orem y debían calificar cada uno según su percepción de cómo lo encontraba; al final estos factores determinan la vulnerabilidad.

El índice de vulnerabilidad de cuidado (ivc) se calcula con los ítems seleccionados en el instrumento de fcb, cuyo valor máximo es 1 que representa el mayor nivel de vulnerabilidad; esta medida de vulnerabilidad integrada con los fcb ha sido desarrollada por el grupo Management about Information and Standard Knowledge of Care (miskc) de la Universidad de Alcalá (España), en investigación previas (Fernández, 2018). Para este estudio, el grupo Cuidado y Vida de la Universidad de Cartagena realizó adaptaciones del lenguaje y una prueba piloto con la finalidad de ser aplicado en barrios de influencia y conocer el nivel de vulnerabilidad.

El instrumento usado contiene, en 10 preguntas cerradas, los 10 factores condicionantes ya mencionados y evalúa la presencia de limitaciones en salud. El rango de vulnerabilidad oscila entre 0 a 1, y es 1 la máxima vulnerabilidad de cuidados posibles (Fernández, 2019) (véase el Anexo 1).

El instrumento fue socializado con los entrevistadores, quienes pertenecen al semillero (estudiantes de pregrado que desarrollan habilidades de investigación al participar en la ejecución de proyectos) del grupo de investigación Cuidado y Vida, y se normalizó su nivel de preparación mediante la formación teórica y la realización de una prueba piloto que permitió hacer ajustes en la comprensión de cada una de las preguntas del instrumento; este se acompañó de un instructivo que posibilitó aclarar definiciones de los ítems en el momento de la entrevista, así como su diligenciamiento. Los entrevistadores acompañaron a la familia en el diligenciamiento del instrumento (para

garantizar la fiabilidad en las respuestas, así como facilitar el registro del instrumento).

La recolección de la información se hizo durante marzo y abril. El instrumento fue diligenciado por los entrevistadores de acuerdo con las respuestas de las personas que encontraban en cada una de las familias participantes.

Una vez recolectada la información se digitaron los datos en tablas de Excel codificadas, y posteriormente se aplicaron pruebas estadísticas de frecuencias y porcentajes para las variables categóricas. Además, se estimaron medidas de tendencia central, con desviación media y estándar y el cálculo de la vulnerabilidad.

La investigación se acoge a las implicaciones éticas establecidas en la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, así como en los reglamentos de ética de la Universidad de Cartagena, en relación con el consentimiento informado, el

tratamiento y la custodia de datos clínicos y la confidencialidad de los datos.

Para ello, se entregó un consentimiento informado en el cual la persona acepta de forma voluntaria su inclusión en la investigación, que pudo ser revocado en todo momento. Para garantizar el anonimato y la confidencialidad de los datos, a cada sujeto se le asignó un código.

Resultados

Participaron en total 132 personas, y la tasa de participación de los miembros de las familias osciló entre el 75 % y el 100 % (participación media del 90.5 % de los miembros de las familias). Así mismo, predominó la participación de mujeres con 65 años en promedio de edad.

En la Tabla 1 se detalla la etapa del ciclo vital en que se encontraban los miembros de las familias.

Tabla 1. Distribución según etapa del ciclo vital de los miembros de las familias en Cartagena, 2020

Variable	Sexo				Totales
	Hombres	%	Mujeres	%	
Infancia	12	24	5	6	13
Adolescencia	5	10	12	15	13
Juventud	9	18	13	16	17
Adulthood	19	37	34	42	40
Adulto mayor	6	12	17	21	17
Totales	51	100	81	100	132

Fuente: encuestas aplicadas sobre aspectos sociodemográficos.

Tabla 2. Resultados obtenidos al indagar los factores condicionantes básicos descritos por Orem y la percepción de los encuestados

Etapa de desarrollo en que se encuentra	Hombres	Mujeres	%
Adecuado a la edad	47	72	90
Totales	51	81	
Se limita el autocuidado por el género	Hombres	Mujeres	%
No	43	62	80
Totales	51	81	
Entorno sociocultural satisfactorio	Hombres	Mujeres	%
Sí	41	63	79
Totales	51	81	
Cuidado familiar recibido	Hombres	Mujeres	%
Siempre	46	75	92
Totales	46	77	
Hábitos de cuidado	Hombres	Mujeres	%
En las distintas áreas	19	31	58
En algunas áreas	30	47	38
Totales	51	81	
Entorno habitual	Hombres	Mujeres	%
Siempre	43	63	80
Totales	51	81	
Recursos materiales	Hombres	Mujeres	%
Básicos de supervivencia	15	33	36
Suficientes	25	40	49
Totales	51	81	
Recurso de tiempo para cuidarse	Hombres	Mujeres	%
Adecuado	33	53	65
Suficiente	14	24	29
Totales	51	81	

Fuente: datos de la investigación.

Finalmente, al explorar los aspectos de las limitaciones en salud en tres áreas: movilidad, psicológicos cognitivos y sensorial, los datos muestran que en esa localidad estos aspectos no fueron relevantes a razón de no tener

limitaciones en su estado de salud referidos en el cuestionario.

Luego del análisis de los factores condicionantes básicos, se calculó el ivc, lo cual mostró que la vulnerabilidad es indistinta

en hombres y mujeres; además las personas que tienden a aumentar el ivc son los adultos y adultos mayores, quienes se aproximaron a

0.3. Sin embargo, para esta investigación el nivel mostrado en el 56 % de los participantes estuvo entre 0.1 y 0.2, lo cual es baja.

Tabla 3. Índice de vulnerabilidad de cuidado según la etapa vital

V_etapa_vital	Sector 2						Totales
	Bajo (0)	%	Medio (0.5)	%	Alto (1)	%	
Infancia	0	0	0	0	17	100	13
Adolescencia	0	0	17	43	0	0	13
Juventud	22	29	0	0	0	0	17
Adulthood	53	71	0	0	0	0	40
Adulto mayor	0	0	23	58	0	0	17
Totales	75	100	40	100	17	100	132

Fuente: egrupo miskc, bases para el entrenamiento en el autocuidado y cuidado dependiente.

Discusión

La investigación permitió conocer la vulnerabilidad de cuidado de dos barrios de Cartagena e identificar cuáles de los factores condicionantes básicos se encuentran más fortalecidos en la comunidad para ejercer el autocuidado. Así, más del 90 % percibió sentirse apoyado por la familia en relación con el cuidado; además, los barrios estudiados mantienen una baja vulnerabilidad, y el 56 % la mantuvo entre 0.1 y 0.2.

En relación con los aspectos sociodemográficos, se podría afirmar que son los adultos y adultos mayores la población que ha ido en aumento en Colombia, según lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social en el censo realizado en el 2018, que indica que la población colombiana de adultos mayores en el 2019 se proyectó de 6 509 512 personas de 60 años o más, lo que representó el 13.2 % de la población

total nacional en ese mismo año. Por tanto, es relevante conocer cuáles son los aspectos ante el autocuidado que pueden llegar a comprometer la vulnerabilidad en este ciclo vital (Ministerio de Salud y Protección Social [MinSalud], 2020; Nieto, 2016).

De otra parte, al medir los factores condicionantes, el género femenino, pese a sus funciones en los quehaceres de casa, mostró que ello no es un obstáculo para aplicar autocuidado, lo cual se relaciona con lo que argumenta Gómez (2017), cuyo estudio reveló que al medir la variable sobre prácticas de cuidado, las mujeres se interesan más en estas que los hombres, lo cual se evidenció al aplicar la T student, $p = 0.037$.

A lo anterior se suman los aspectos culturales y de cuidado familiar que generen cambios positivos en el autocuidado, en el sentir de las personas que se identifican con hábitos, ambientes, espacios y comunidades, lo cual tiene que ver con lo que afirma Tate (2012),

quien señala que los contextos pueden incluir normas culturales e institucionales, redes sociales, gobernanza y procesos históricos.

Estas características que varían geográfica y temporalmente son la clave para deconstruir la vulnerabilidad, porque describen las interacciones y los precursores humanos y ambientales que hacen que los individuos se identifiquen y adopten conductas en salud (Aguacil et ál., 2014).

Así mismo, las personas al reconocer cuáles hábitos adoptan para el autocuidado, logran identificar cómo el entorno les ayuda a mantenerse saludables, Esto podría minimizar la vulnerabilidad, ya que, para Gómez (2017), el autocuidado es una construcción cultural relacionada con el cuidado propio, de sus familiares y personas más cercanas, que se hace viable a partir de factores como los conocimientos previos, el tiempo disponible, los recursos económicos, la edad, el género y la inclusión social, así como el uso efectivo del sistema de salud.

Los aspectos explorados permitieron revelar que las comunidades expresan su autocuidado en la forma como se perciben y en el momento que se les mide su estado de salud, y que cada día hay factores que llevan al mantenimiento eficaz de su salud, por esto el explorar aspectos que influyen en la comunidad para el mantenimiento de la salud, genera la necesidad de continuar investigando e identificar cómo se beneficia la salud de la comunidad cuando se trabaja con intervenciones que impacten en la etapa del ciclo vital estudiado (Díaz, 2016).

Conclusiones

Los factores condicionantes forman parte de la condición de la vulnerabilidad y permiten medir su agencia de autocuidado, como lo describe la teoría de Orem. En esta

investigación se mostró que la vulnerabilidad es indistinta en hombres y mujeres, y además las personas que pueden llegar a la vulnerabilidad de cuidado son los adultos y adultos mayores. El nivel mostrado en el 56 % de los participantes estuvo entre 0.1 y 0.2, lo cual es bajo.

Además, la vulnerabilidad se describe en grados (más vulnerable, menos vulnerable), lo que permite identificar a las personas que requieran una mayor atención por parte del equipo de salud y de esta forma realizar intervenciones efectivas en el campo de la salud familiar, desde la formación de los profesionales, así como involucrar y conocer las condiciones de los cuidadores.

Referencias

- Arribas Cachá AA, Jiménez Rodríguez ML, Santamaría García JM, Sellán Soto MC, Gómez González JL, García Calvo R, et al. Delimitación y ponderación de las poblaciones con mayor vulnerabilidad a requerimientos de cuidados profesionales: Índice de gravosidad asistencial basado en factores condicionantes básicos. 1st ed. Madrid: Departamento de Metodología Enfermera (FUDEN). Departamento de Ciencias de la Computación. Universidad de Alcalá; 2009
- Aguacil, J., Camacho, J. y Hernández, A. (2014). La vulnerabilidad urbana en España. Identificación y evolución de los barrios vulnerables. *Empiria: Revista de Metodología de Ciencias Sociales*, (27), 73-94. <https://doi.org/k4dx>
- Barreto-Zorza, Y. y Velásquez-Gutiérrez, V. F. (2016). Funcionalidad familiar, una percepción de madres e hijos escolares. Programa de atención primaria, Guapi-Cauca. *Medunab*, 18(3), 166-173. <https://doi.org/k4dz>

- Burton-Jeangros, C., Cullati, S., Sacker, A. y Blane, D. (2015). *A life course perspective on health trajectories and transitions*. Springer.
- Cid, M., Montes de Oca, R. y Hernández, O. (2014). La familia en el cuidado de la salud. *Revista Médica Electrónica*, 36(4), 462-472. <https://tinyurl.com/4zmfv8k>
- Díaz, V. (2016). Relación lógica entre cuidado y acompañamiento en las etapas vitales. *ENE, Revista de Enfermería*, 10(2). <https://tinyurl.com/4c69mhre>
- Fernández, M. (2018). *La persona en el continuo del cuidado: formalización de las variables básicas de cuidado implicadas en la trayectoria de salud*. [tesis doctoral, Universidad de Alcalá, Madrid (España)].
- Fernández, M. (2019). Valoración de la vulnerabilidad a través de las competencias y las necesidades de cuidados. *ENE, Revista de Enfermería*, 13(4), 1-10. <https://tinyurl.com/9b248r3x>
- Fernández, M., Monsalvo, E., González, A. y Santamaría, J. (2018). Diseño de un método de análisis para el cálculo de la vulnerabilidad como predictor de la fragilidad en salud. *ENE, Revista de Enfermería*, 12(1), 1-38. <https://tinyurl.com/yw8n39p8>
- Gómez, A. (2017). Predictores psicológicos del autocuidado en salud. *Hacia la Promoción de la Salud*, 22(1), 101-112. <https://doi.org/k4d2>
- Hossaim, S. y Orbañanos, L. (2017). Repercusión de los Factores Condicionantes Básicos en la vulnerabilidad de la población militar en despliegues internacionales. *ene, Revista de Enfermería*, 11(3). <https://tinyurl.com/478ast72>
- Marriner, A. y Raile, M. (2011). *Modelos y teorías de enfermería* (7.^a ed.). Elsevier.
- Méndez, V., Louro, I. y Bayarre, H. (2011). Caracterización de la salud familiar en familias de niños con éxito escolar. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 27(1), 1-9. <https://tinyurl.com/2wh5u6w4>
- Ministerio de Salud y Protección Social [MinSalud]. (2020). *Boletines poblacionales: personas adultas mayores de 60 años*. Ministerio de Salud y Protección Social, Oficina de Promoción Social. <https://tinyurl.com/397azmyc>
- Monsalvo, E. (2017). *La vulnerabilidad como indicador en la medición del cuidado dependiente: impacto en el autocuidado ante el nacimiento de un hijo* [trabajo de fin de residencia, UDMAFyC Madrid Este (España)].
- Nieto, F. (2016). Representación formal de la correlación entre las etapas del ciclo vital y la agencia de autocuidado. *ENE, Revista de Enfermería*, 10(2). <https://tinyurl.com/5n6s8z5d>
- Orem, D. (1993). *Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica*. Ediciones Científicas y Técnicas.
- Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura [Unesco]. (2004). *Participación de las familias en la educación infantil latinoamericana*. Oficina Regional de Educación de la Unesco para América Latina y el Caribe, Santiago de Chile. <https://tinyurl.com/3uv3dfsw>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1976). *Índices estadísticos de la salud de la familia. Informe de un Comité de Expertos*. Serie de Informes Técnicos.
- Otero, L. y Muntaner, C. (2014). El impacto de la crisis en las familias y en la infancia. *Gaceta Sanitaria*, 28(1), 90. <https://doi.org/f2n38c>
- Pinto, J., Santamaría, J., Santamaría, A. y Martínez, S. (2017). Cuidadosofía: una introducción a la relación entre cuidado

y filosofía. *ENE, Revista de Enfermería*, 11(3). <https://tinyurl.com/3rak2dn5>

Prado, L., González, M., Paz, N. y Romero, K. (2014). La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Revista Medicina Electrónica*, 36(6), 835-845. <https://tinyurl.com/2mjyuuhp>

Ramasco, M., Heras, J., Garabato, S., Aránguez, E. y Aguirre, R. (2016). Implementación del mapa de la vulnerabilidad en salud en la Comunidad de Madrid. *Gaceta Sanitaria*, 31(5), 432-435. <https://tinyurl.com/4dwf8r8j>

Sellman, D. (2005). Towards an understanding of nursing as a response to human vulnerability. *Nursing Philosophy*, 6(1), 2-10. <https://doi.org/cgb4d4>

Tate, E. (2012). Social vulnerability indices: a comparative assessment using uncertainty and sensitivity analysis. *Natural Hazards*, (63), 325-347. <https://doi.org/f36b9r>

Notas

- 1 Artículo de investigación.

Anexo 1. Cuestionario de vulnerabilidad de cuidados

Código Barrio: _____ Código entrevistador: _____
 Código Familia: _____ Propuesta para Re-test: Sí / No
 Código Persona: _____

Marque con una "X" su posición en el árbol familiar siguiente:

ESCALA DE VULNERABILIDAD

Se trata de un cuestionario para medir su nivel de salud, con 10 preguntas acerca de su cuidado habitual.

Fecha de nacimiento _____
 Sexo _____
 Nacionalidad _____

¿En qué etapa vital se encuentra?
 Infancia Adolescencia Juventud Adulthood Adulto mayor

¿En qué etapa de desarrollo se encuentra?
 Adecuado a la edad Estancado o sin evolución Regresivo a la edad

¿Se ven limitadas sus actividades de autocuidado (cuidar de sí mismo) por su género?
 No En ocasiones Sí

¿Se siente a gusto con el entorno sociocultural en que se encuentra?
 Sí Parcialmente No

¿Cómo valoras el cuidado que recibes de tu familia?
 Siempre encuentro apoyo A veces encuentro apoyo Nunca encuentro apoyo familiar

familiar Familiar

Sobre sus hábitos de cuidado o estilo de vida, considera que:
 Me cuido en las distintas áreas de mi vida Me cuido en algunas áreas de mi vida, pero no todas No me cuido en las distintas áreas de mi vida

Sobre su entorno habitual, considera que:
 Favorece mi cuidado Favorece en ocasiones, o de forma parcial mi cuidado No favorece mi cuidado o que y que me cuide

Respecto a los recursos materiales para su cuidado, considera que son:
 Suficientes Básicos para la supervivencia Insuficientes

Respecto al recurso tiempo para su cuidado, considera que es:
 Adecuado Suficiente para la supervivencia Insuficiente

Respecto a las limitaciones en salud que presenta:

Movilidad Me encuentro con limitación total de la movilidad (cama/sillón)
 Me encuentro con movilidad parcial o movilidad compensada¹
 No presento problemas de movilidad

Psicológicos/ Cognitivos Presento problemas para entender, comprender y/o razonar hechos cotidianos
 En ocasiones presento problemas para entender, comprender y/o razonar hechos cotidianos o esos problemas están compensados²
 No presento problemas para entender, comprender y/o razonar hechos cotidianos