



Germán Domínguez Vías
Rosa M. Fuentes Rosas
M. Milagrosa Olmedo Alguacil
(coords.)

Introducción a la investigación básica en enfermería

Introducción a la investigación básica en enfermería

Germán Domínguez Vías
Rosa M. Fuentes Rosas
M. Milagrosa Olmedo Alguacil
(coords.)

Introducción a la investigación básica en enfermería

Octaedro 

Colección Horizontes-Universidad

Título: *Introducción a la investigación básica en enfermería*

Instituciones que han participado: Facultad de Ciencias de Salud de Ceuta (Universidad de Granada) e Ilustre Colegio de Enfermería de Ceuta



ILUSTRE COLEGIO
OFICIAL DE ENFERMERÍA
DE CEUTA



FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA SALUD
DE CEUTA



UNIVERSIDAD
DE GRANADA

Primera edición: noviembre de 2024

© Germán Domínguez Vías, Rosa María Fuentes Rosas, María Milagrosa Olmedo Alguacil (coords.)

© De esta edición:

Ediciones OCTAEDRO, S.L.

C/ Bailén, 5 – 08010 Barcelona

Tel.: 93 246 40 02

octaedro@octaedro.com

www.octaedro.com

Esta publicación está sujeta a la Licencia Internacional Pública de Atribución/Reconocimiento-NoComercial 4.0 de Creative Commons.

Puede consultar las condiciones de esta licencia si accede a:

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/>

ISBN: 978-84-10282-69-8

Maquetación: Fotocomposición gama, sl

Diseño y producción: Octaedro Editorial

Publicación en acceso abierto - *Open access*

Sumario

Presentación	9
--------------------	---

PARTE I. ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS ASOCIADAS A ALTERACIONES DE LA PRESIÓN ARTERIAL

1. Influencia de los niveles de presión arterial en el potencial desarrollo de esclerosis lateral amiotrófica: revisión bibliográfica	13
BÁRBARA TERUEL PEÑA; JOSÉ LUÍS GÓMEZ URQUIZA; GERMÁN DOMÍNGUEZ VÍAS	
2. Influencia del síndrome metabólico en la desregulación cardiovascular propia de la edad: posible predictor de enfermedades neurodegenerativas.	25
TERESA PARDO MORENO; LETICIA ALVARADO OLMEDO; JUAN JOSÉ RAMOS RODRÍGUEZ	

PARTE II. CUIDADOS DE LA SALUD

3. El impacto del cambio climático en la salud infantil ...	37
BIBIANA PÉREZ ARDANAZ	

4. Trastornos de la conducta alimentaria en personas mayores: prevalencia desde las instituciones de cuidados de larga duración y/o viviendas de vida independiente . . . 51
 BLANCA RIQUELME-GALLEGO; MARÍA GÁZQUEZ-LÓPEZ;
 ANA MARÍA ANTOLÍ-JOVER; MARÍA ADELAIDA ÁLVAREZ-SERRANO;
 GEMA SERRANO-GEMES
5. Juan Ciudad: S. Juan de Dios. Cuidando a los demás. . . 67
 M. MILAGROSA OLMEDO-ALGUACIL; ROSA FUENTES ROSAS;
 INMACULADA PÉREZ CONDE; MARÍA GÁZQUEZ LÓPEZ; LETICIA
 ALVARADO OLMEDO

PARTE III. METODOLOGÍA MIXTA

6. ¿Es útil la metodología mixta en investigaciones en salud? 79
 LETICIA ALVARADO OLMEDO; TERESA PARDO MORENO; JUAN JOSÉ
 RAMOS RODRÍGUEZ

PARTE IV. BIENESTAR Y DESARROLLO PROFESIONAL DE LA ENFERMERÍA

7. Inteligencia emocional en enfermería: una revisión paraguas. 91
 FERNANDO TORNAY PODADERA; BÁRBARA TERUEL PEÑA; GERMÁN
 DOMÍNGUEZ VÍAS; JOSÉ LUÍS GÓMEZ URQUIZA
8. Impacto de las olas de covid-19 en la calidad de vida de la enfermería española: revisión sistemática 111
 MARÍA GÁZQUEZ LÓPEZ; ANA MARÍA ANTOLÍ JOVER
 GEMA SERRANO GEMES; LETICIA ALVARADO OLMEDO; BLANCA
 RIQUELME GALLEG0; MARÍA ADELAIDA ÁLVAREZ SERRANO

PARTE V. SORORIDAD Y EMPODERAMIENTO FEMENINO

9. *Tuiza*, un ejemplo de estrategia colectiva entre las mujeres saharauis 133
 LETICIA ALVARADO OLMEDO; MARÍA GÁZQUEZ LÓPEZ; MARÍA
 ADELAIDA ÁLVAREZ SERRANO; MARÍA MILAGROSA OLMEDO
 ALGUACIL

Presentación

Nos complace presentar el libro *Introducción a la investigación básica en enfermería*, fruto del esfuerzo conjunto del convenio entre la Facultad de Ciencias de la Salud de Ceuta (Universidad de Granada) y el Ilustre Colegio de Enfermería de Ceuta. El compromiso de ambas instituciones con la excelencia académica y el desarrollo profesional ha logrado crear, a través de un curso universitario formativo, iniciar a los enfermeros en el apasionante campo de la investigación. El objetivo de este libro es plasmar los resultados de investigación una vez formados los enfermeros, tras proporcionar las herramientas necesarias para que puedan desarrollar y aplicar conocimientos basados en la evidencia, y contribuir así a la mejora continua de la calidad de la atención sanitaria bajo una formación sólida que nace de la investigación.

Esta obra está coordinada por los académicos universitarios expertos en el campo de la investigación Germán Domínguez Vías y María Milagrosa Olmedo Alguacil, y la presidenta del Ilustre Colegio de Enfermería como figura profesional, Rosa María Fuentes Rosas. Esta colaboración asegura que el contenido del libro esté alineado con las necesidades formativas de los enfermeros, las exigencias del entorno profesional y la necesidad de seguir avanzando en los desafíos de la salud y el bienestar como uno de los pilares fundamentales de los objetivos de desarrollo sostenible.

El libro está formado por cinco secciones y nueve capítulos. Cada capítulo ha sido guiado por autores expertos y aborda

cuestiones relevantes y actuales que afectan a la práctica de la enfermería. Desde el impacto de la presión arterial en enfermedades neurodegenerativas hasta el análisis del cambio climático en la salud infantil, pasando por revisiones sistemáticas sobre inteligencia emocional y el impacto de la covid-19, este libro ofrece una visión integral y actualizada del campo.

Agradecemos a todos los autores, revisores y colaboradores por su dedicación y esfuerzo en la creación de esta obra. Esperamos que sea todo un referente para dar ejemplo e incentivar a todos aquellos enfermeros que deseen iniciarse, por primera vez, en la investigación en el ámbito de la salud, y que inspire a muchos profesionales a continuar su camino de aprendizaje y mejora continua.

PARTE I. ENFERMEDADES
NEURODEGENERATIVAS ASOCIADAS
A ALTERACIONES DE LA PRESIÓN ARTERIAL

Influencia de los niveles de presión arterial en el potencial desarrollo de esclerosis lateral amiotrófica: revisión bibliográfica

BÁRBARA TERUEL PEÑA

Área de Fisiología, Facultad de Ciencias Experimentales,
Universidad de Jaén

JOSÉ LUÍS GÓMEZ URQUIZA

Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud de Ceuta,
Universidad de Granada

GERMÁN DOMÍNGUEZ VÍAS

Departamento de Fisiología, Facultad de Ciencias de la Salud de Ceuta,
Universidad de Granada

Resumen

La esclerosis lateral amiotrófica (ELA) es una patología degenerativa que afecta al sistema motor; causa la pérdida de función de las neuronas motoras y deriva en una disfunción progresiva que limita la calidad y esperanza de vida del paciente. La presión arterial es la fuerza ejercida por la sangre circulante contra las paredes arteriales. Los niveles de presión sistólica y diastólica podrían tener influencia en el desarrollo de ELA. El objetivo es realizar una revisión bibliográfica acerca de la literatura científica disponible que documenta la potencial relación entre estas variables. Se lleva a cabo una revisión sistemática de la literatura científica en los últimos cinco años a través de las bases de datos PubMed y ProQuest. Tras realizar búsquedas en las bases de datos, y aplicando los criterios de inclusión, se seleccionaron 10 artículos, en los cuales se asocian la presión arterial sistólica (PAS) y diastólica (PAD) con la aparición de ELA. La relación entre los niveles de presión arterial y la ELA se ha indicado en los estudios, siendo la PAS alta la más documentada como factor de riesgo y la PAD como factor protector.

Además, la medicación antihipertensiva también tiene un potencial rol específico. Se concluye que la información de la que se dispone actualmente deja entrever el papel que desempeña la presión arterial en la ELA, y es resaltable la importancia de incidir en tal línea de investigación para obtener hallazgos esclarecedores.

Palabras clave: esclerosis lateral amiotrófica (ELA), presión arterial sistólica (PAS), presión arterial diastólica (PAD), medicación antihipertensiva.

1.1. Introducción

La esclerosis lateral amiotrófica (ELA) –también conocida como enfermedad de Lou Gehrig y enfermedad de Charcot– es una de las afecciones de la motoneurona más comunes en adultos, caracterizada por el desarrollo de un proceso de deterioro y pérdida de las neuronas de la corteza motora, tronco cerebral y médula espinal, involucradas en el movimiento muscular. Entre las manifestaciones clínicas más frecuentes se hallan: debilidad progresiva, atrofia, fasciculación, hiperreflexia, disartria, disfagia y eventual parálisis de la función respiratoria (Bueno *et al.*, 2022).

La calidad de vida del individuo disminuye notablemente por la incapacidad de movimiento de cuerpo y extremidades ocasionada por este proceso patológico. Su esperanza de vida se establece entre los dos a cinco años siguientes al diagnóstico. Se trata de una enfermedad con alto grado de heterogeneidad a nivel etiológico, pues no existe un criterio unificado de cuál es su origen (Masrori *et al.*, 2020). Actualmente existen numerosas hipótesis; la ELA se ha estipulado como patología multifactorial por la potencial influencia de la genética, el estilo de vida y factores ambientales diversos.

La presión arterial es la fuerza ejercida por la sangre circulante contra las paredes arteriales, los mayores vasos sanguíneos del cuerpo. Este valor se escribe como dos números. El primero, presión sistólica, representa la presión en los vasos durante la contracción del corazón, conocidos como latidos. El segundo, presión diastólica, se refiere a la presión en el periodo entre latidos, cuando el corazón descansa. La hipertensión, o presión arterial elevada, es una condición patológica grave que incrementa drás-

ticamente el riesgo de padecer enfermedades cardiovasculares, cerebrales, renales y de otros órganos vitales (OMS, 2021).

La literatura científica reciente expone cierta relación entre los niveles de presión arterial sistólica (PAS) y diastólica (PAD) y el potencial desarrollo de ELA, aunque aún se desconoce en qué proporción estarían asociadas estas variables.

1.2. Objetivos

El **objetivo general** es describir qué tipo de relación se establece entre los niveles de presión arterial, sistólica y diastólica, y el potencial desarrollo de esclerosis lateral amiotrófica.

Los **objetivos específicos** son:

- Relacionar los conceptos de esclerosis lateral amiotrófica, presión arterial sistólica y presión arterial diastólica.
- Analizar y sintetizar los conocimientos disponibles actualmente sobre la vinculación de tales variables.
- Comparar resultados ofrecidos por la evidencia científica disponible actualmente.

1.3. Metodología

Criterios de selección/metodología

Se ha realizado una revisión bibliográfica acerca de la literatura científica disponible en la materia de la esclerosis lateral amiotrófica, la presión arterial sistólica y diastólica, y la relación que puede establecerse entre todos estos elementos con el potencial desarrollo de esta patología. El objetivo es analizar los datos expuestos por estos estudios y sintetizar las hipótesis acerca de los enlaces que pueden darse.

Material/estrategia de búsqueda

Se ha seguido una estrategia de búsqueda para seleccionar aquellos documentos que se ajustaran al cometido de la revisión, consistente en el uso de:

- Palabras clave, descriptores pertenecientes a la temática de ELA, presión arterial sistólica y diastólica.
- Operadores booleanos (AND, OR, NOT).
- Fórmulas de búsqueda tanto en castellano como en inglés, comenzando por algunas simples como: «esclerosis lateral amiotrófica»/«amyotrophic lateral sclerosis» AND «presión arterial»/«blood pressure», y progresivamente aumentando la especificidad de los resultados obtenidos con fórmulas más complejas.

Todos estos elementos se han utilizado en las bases de datos PubMed y ProQuest para obtener la máxima cantidad de literatura científica concerniente a la temática de esta revisión bibliográfica. Una vez obtenidos los resultados, se han aplicado criterios de elección de artículos (título de artículo y resumen, idiomas castellano e inglés, fecha de publicación, etc.).

Ha sido necesario tener en cuenta que ciertos artículos aparecen duplicados. La duplicidad de artículos, la no gratuidad sin libre acceso, y los idiomas distintos (castellano e inglés) empleados representan los criterios de exclusión.

Los **criterios de inclusión** han sido:

- Artículos publicados en idiomas castellano e inglés.
- Antigüedad igual o inferior a cinco años (desde 2019 a la actualidad), a excepción de ciertos estudios de mayor antigüedad con relevancia actual.
- Artículos con acceso completo y gratuito al texto.
- Artículos concernientes a todos los elementos requeridos (ELA, PAS y PAD).
- Los **criterios de exclusión** han sido:
 - Artículos en idiomas distintos al castellano e inglés.
 - Artículos duplicados en ambas bases de datos.
 - Artículos no gratuitos.

1.4. Variables

Se han tenido en cuenta estas variables:

- **Artículos:** como ya se ha comentado, se confecciona una lista de artículos atendiendo al título y su resumen para determinar si son idóneos para la revisión, al idioma (castellano e inglés), a la antigüedad (inferior o igual a cinco años, a excepción de ciertos estudios de relevancia y mayor antigüedad), y si son de acceso libre y gratuito, o de pago (descartando estos últimos). Igualmente, se ha pretendido incluir ensayos clínicos.
- **Sujetos** de los estudios: grupos de individuos humanos.
- **Tipo de intervención:** se analizan artículos y ensayos clínicos para lograr documentación relativa a la ELA, PAS y PAD, y se intenta conocer las diferentes hipótesis ya fijadas por los investigadores, los hallazgos documentados y aquellos rechazados por la evidencia científica.
- **Medidas de resultado:** mediante la revisión y recopilación de la información de estudios de la materia se pretende establecer relaciones entre tales elementos.

1.5. Resultados

Se han realizado búsquedas en las bases de datos PubMed y ProQuest para obtener la información requerida para esta revisión bibliográfica: acerca de la relación entre la PAS, PAD y el potencial desarrollo de ELA. En primer lugar, se comenzó con fórmulas de búsqueda simples; posteriormente, se acotaron los resultados con fórmulas más complejas. Además, se añadieron los criterios de inclusión expuestos anteriormente. Finalmente, mediante la lectura y análisis de cada artículo, se seleccionaron los más idóneos para componer la revisión. Debido a la escasa información acerca de la temática planteada, fue necesario prestar especial atención al tipo de estudios realizados y contrastar los resultados de cada uno.

A continuación, se incluye un diagrama de prisma que identifica los estudios empleados y los clasifica según bases de datos y registros (figura 1.1).

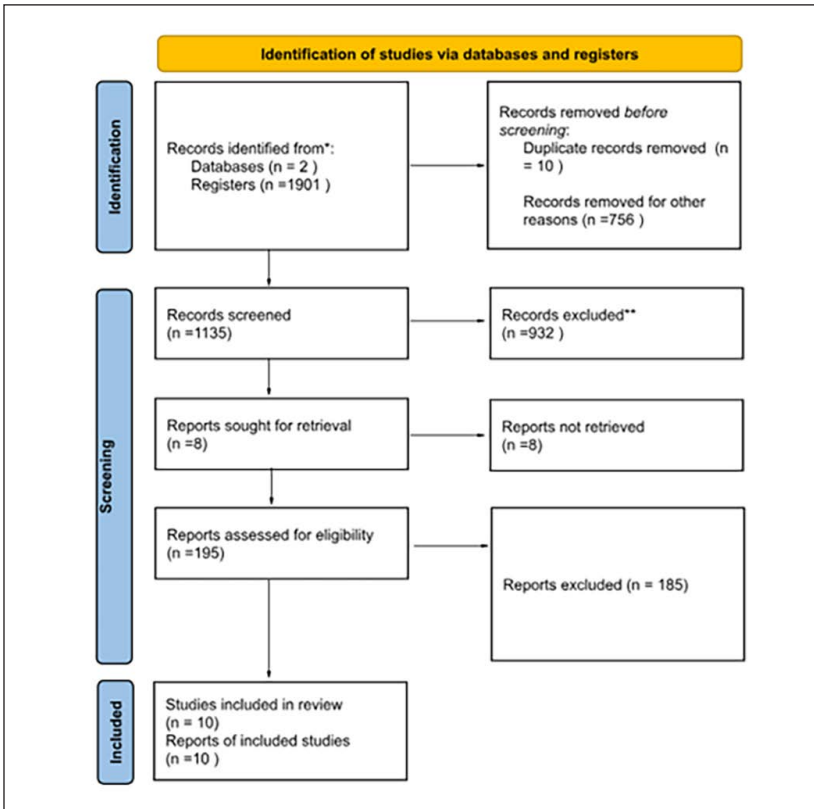


Figura 1.1. Diagrama de flujo PRISMA para la revisión sistemática de la literatura sobre la influencia de los niveles de presión arterial en el potencial desarrollo de esclerosis lateral amiotrófica.

Los resultados obtenidos (tabla 1.1) parecen demostrar que la ELA tiene una relación causal con las alteraciones del flujo sanguíneo y de la PAS. Además, el uso de fármacos antihipertensivos consolida esa relación.

Tabla 1.1. Resultados obtenidos

Título	Autor	Año	Diseño de estudio	Resultados
<i>Dynamic effects of prognostic factors and individual survival prediction for amyotrophic lateral sclerosis disease</i>	Baoyi Huang et al.	2023	China	PAS/PAD como elementos de modelo dinámico de predicción.

<i>Associations of environmental factors with neurodegeneration: an exposome-wide Mendelian randomization investigation</i>	Dun Li et al.	2023	China	PAS elevada aumenta el riesgo de ELA, mientras que PAD elevada lo disminuye.
<i>Medications on hypertension, hyperlipidemia, diabetes, and risk of amyotrophic lateral sclerosis: a systematic review and meta-analysis</i>	Hu y Ji.	2022	Italia	El uso de antihipertensivos puede ser protector contra la ELA.
<i>Associations of cardiovascular risk factors and lifestyle behaviors with neurodegenerative disease: a Mendelian randomization study</i>	Huang et al.	2023	China	La presión arterial no tiene relación específica con la ELA si está tratada con medicación.
<i>Work-related factors and risk of amyotrophic lateral sclerosis: a multivariable Mendelian randomization study</i>	Li et al.	2023	Reino Unido	La PAS alta mediada por trabajos que requieren fuerza tendría influencia en la ELA.
<i>Amyotrophic lateral sclerosis among veterans deployed in support of post-9/11 U.S. conflicts</i>	Sagiraju et al.	2020	Estados Unidos	La presión arterial alta está asociada significativamente con la ELA.
<i>Systematic screening of associations between medication use and risk of neurodegenerative diseases using a mendelian randomization approach</i>	Wang et al.	2023	China	Se hallaron asociaciones causales negativas entre antihipertensivos y riesgo ELA.
<i>Assessing the role of blood pressure in amyotrophic lateral sclerosis: a Mendelian randomization study</i>	Xia et al.	2022	China	PAS elevada como factor de riesgo para ELA; PAD elevada como factor protector.
<i>Mutation-specific metabolic profiles in presymptomatic amyotrophic lateral sclerosis</i>	Xia, Witzel et al.	2022	China, Alemania	Los portadores de mutación c9orf72 presentan PAS más baja que otras mutaciones, se asocia con menor riesgo cardiovascular.
<i>Cardiovascular comorbidities in amyotrophic lateral sclerosis: a systematic review</i>	Xu et al.	2022	China, Portugal, Francia, Australia, Holanda, Estados Unidos	La presión arterial tratada con antihipertensivos puede ser factor protector.

1.6. Discusión

El objetivo de la presente revisión bibliográfica es recopilar la información disponible acerca de la posible relación establecida entre los niveles de presión arterial y el potencial desarrollo posterior de la ELA. La literatura científica actual sitúa el foco de atención sobre los niveles específicos de PAS y PAD. Artículos como el de Xia *et al.* (2022) o Dun Li *et al.* (2023) exponen con claridad que, mientras la PAS alta constituiría un factor de riesgo independiente para la ELA, la PAD elevada, por su parte, se erigiría como un factor protector.

La publicación de Li *et al.* (2023) indica que la PAS elevada tendría influencia en la ELA, junto con otras variables que se encuentran mediadas por trabajos que requieren fuerza física.

Por otra parte, en un proyecto realizado sobre la incidencia de ELA en veteranos participantes de los hechos del 11 de septiembre en Estados Unidos (Sagireju *et al.*, 2020) se determina que la presión arterial elevada estaría significativamente asociada con el desarrollo de esta enfermedad neurodegenerativa.

Baoyi Huang *et al.* (2023) han propuesto un modelo dinámico de predicción de ELA compuesto por numerosas variables y diferentes biomarcadores entre los que los niveles de presión arterial, tanto sistólica como diastólica, forman parte activa. Sin embargo, la utilidad de este modelo se indica de forma presuntiva. Igualmente, Xia *et al.* (2022) establecen que en los individuos con ELA familiar portadores de la mutación genética de c9orf72 destaca con respecto al resto de mutaciones los niveles más bajos de PAS, traducido en menor riesgo cardiovascular.

En cuanto al papel de la medicación antihipertensiva, se abre otra línea de investigación en la que ya indagan investigadores como Xu *et al.* (2022), que resaltan que la presión arterial alta controlada con medicación supondría un factor protector para la ELA.

Hu y Ji. (2022) apoyan esta hipótesis indicando en su estudio que el uso de antihipertensivos (así como otras medicaciones para dislipidemia y otras patologías metabólicas) pueden ser protectores contra la ELA. Wang *et al.* (2023) determinan la existencia de asociaciones causales negativas entre el uso de medicación antihipertensiva y el riesgo de ELA.

Huang *et al.* (2023) indican en su estudio, sin embargo, que la presión arterial no tendría relación específica con la ELA, concretamente por esta misma medicación que otros investigadores resaltan como protectora: por poder enmascarar los signos de aparición de la enfermedad.

En síntesis, son múltiples los puntos de vista acerca de la influencia de la presión arterial en el potencial desarrollo de ELA; además, existen opiniones diversas sobre el papel de la medicación destinada a tratar los niveles elevados de tensión arterial en la población.

1.7. Conclusiones

La evidencia científica actualmente disponible establece que niveles de PAS alta estarían asociados con un mayor riesgo de padecer ELA, mientras que, por el contrario, la PAD alta supondría un potencial factor protector contra el desarrollo de la misma patología. Además, se plantea la hipótesis de que el uso de medicación antihipertensiva podría mejorar el pronóstico con respecto a la aparición de la enfermedad o enmascarar los signos que indican la posible aparición. Es necesario perseverar en esta línea de investigación para obtener hallazgos esclarecedores.

Bibliografía

- Bueno-Meléndez, S., Arnaudás-Sancho, S. y Candala-Ramírez, A. (2022). Esclerosis lateral amiotrófica (definición, diagnóstico, clínica y tratamiento). *RSI. Revista Sanitaria de Investigación*. <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/esclerosis-lateral-amiotrofica-definicion-diagnostico-clinica-y-tratamiento/>
- Hu, N. y Ji, H. (2022). Medications on hypertension, hyperlipidemia, diabetes, and risk of amyotrophic lateral sclerosis: a systematic review and meta-analysis. *Neurological sciences: official journal of the Italian Neurological Society and of the Italian Society of Clinical Neurophysiology*, 43 (9), 5189-5199. <https://doi.org/10.1007/s10072-022-06131-7>
- Huang, B., Geng, X., Yu, Z., Zhang, C. y Chen, Z. (2023). Dynamic effects of prognostic factors and individual survival prediction for

- amyotrophic lateral sclerosis disease. *Annals of Clinical and Translational Neurology*, 10 (6), 892-903. <https://doi.org/10.1002/acn3.51771>
- Huang, L.-Y., Ou, Y.-N., Yang, Y.-X., Wang, Z.-T., Tan, L. y Yu, J.-T. (2023). Associations of cardiovascular risk factors and lifestyle behaviors with neurodegenerative disease: a Mendelian randomization study. *Translational Psychiatry*, 13 (1), 267. <https://doi.org/10.1038/s41398-023-02553-9>
- Li, D., Zhou, L., Cao, Z., Wang, J., Yang, H., Lyu, M., Zhang, Y., Yang, R., Wang, J., Bian, Y., Xu, W. y Wang, Y. (2024). Associations of environmental factors with neurodegeneration: an exposome-wide Mendelian randomization investigation. *Ageing Research Reviews*, 95, 102254. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2024.102254>
- Li, M., Liao, Y., Luo, Z., Song, H. y Yang, Z. (2023). Work-related factors and risk of amyotrophic lateral sclerosis: a multivariable Mendelian randomization study. *Brain and Behavior*, 13 (12), e3317. <https://doi.org/10.1002/brb3.3317>
- Masrori, P. y Van Damme, P. (2020). Amyotrophic lateral sclerosis: a clinical review. *European Journal of Neurology*, 27 (10), 1918-1929. <https://doi.org/10.1111/ene.14393>
- Page, M. J. *et al.* (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 372, n71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Sagiraju, H. K. R., Živković, S., VanCott, A. C., Patwa, H., Gimeno Ruiz de Porras, D., Amuan, M. E. y Pugh, M. J. V. (2020). Amyotrophic lateral sclerosis among veterans deployed in support of post-9/11 u. S. *Conflicts. Military Medicine*, 185 (3-4), e501-e509. <https://doi.org/10.1093/milmed/usz350>
- Wang, W., Zhang, L., Cao, W., Xia, K., Huo, J., Huang, T. y Fan, D. (2023). Systematic screening of associations between medication use and risk of neurodegenerative diseases using a Mendelian randomization approach. *Biomedicines*, 11 (7), 1930. <https://doi.org/10.3390/biomedicines11071930>
- World Health Organization (s. f.). *Guideline for the pharmacological treatment of hypertension in adults*. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789240033986>
- Xia, K., Witzel, S., Witzel, C., Klose, V., Fan, D., Ludolph, A. C. y Dorst, J. (2023). Mutation-specific metabolic profiles in presymptomatic amyotrophic lateral sclerosis. *European Journal of Neurology*, 30 (1), 87-95. <https://doi.org/10.1111/ene.15584>

- Xia, K., Zhang, L., Tang, L., Huang, T. y Fan, D. (2022). Assessing the role of blood pressure in amyotrophic lateral sclerosis: a Mendelian randomization study. *Orphanet Journal of Rare Diseases*, 17 (1), 56. <https://doi.org/10.1186/s13023-022-02212-0>
- Xu, K., Ji, H. y Hu, N. (2022). Cardiovascular comorbidities in amyotrophic lateral sclerosis: a systematic review. *Journal of Clinical Neuroscience*, 96, 43-49. <https://doi.org/10.1016/j.jocn.2021.12.021>

Influencia del síndrome metabólico en la desregulación cardiovascular propia de la edad: posible predictor de enfermedades neurodegenerativas

TERESA PARDO MORENO

LETICIA ALVARADO OLMEDO

Departamento de Enfermería, Campus de Ceuta, Universidad de Granada

JUAN JOSÉ RAMOS RODRÍGUEZ

Departamento de Fisiología, Campus de Ceuta, Universidad de Granada

Resumen

El progresivo aumento de la longevidad ha dado lugar a un incremento de patologías asociadas al envejecimiento, entre las que destacan las enfermedades neurodegenerativas. En este sentido, el propio proceso de envejecimiento se correlaciona con un acúmulo de células senescentes en el cerebro, lo que da lugar a la neurodegeneración. Además, este proceso se encuentra exacerbado ante la presencia de enfermedades crónicas inflamatorias como la obesidad y la resistencia insulínica. Estas comorbilidades a menudo convergen de forma simultánea en la vejez dando lugar a alteraciones cardiovasculares. De hecho, la evidencia plantea una posible asociación entre las alteraciones cardiovasculares propias de la edad y una posterior afectación cerebral. De ahí que esclarecer los factores y mecanismos que se encuentran implicados en dicha relación podrían promover la obtención de una mejor comprensión en la fisiopatología de enfermedades que no cuentan con un tratamiento curativo como la enfermedad de Alzheimer. Además, se trata de una enfermedad con una fuerte implicación de factores de riesgo modificables que encuentran su base en el sedentarismo y la adherencia a dietas hipercalóricas. Por lo que el establecimiento de parámetros cardiovasculares alterados o cambios en la composición corporal como posibles predictores ofrecería

un nuevo enfoque en la búsqueda de estrategias preventivas y alternativas terapéuticas.

Palabras clave: deterioro cognitivo, demencia, enfermedad de Alzheimer, sistema cardiovascular.

El progresivo aumento de la longevidad producido en las últimas décadas ha dado lugar a un incremento de patologías asociadas al envejecimiento (Isaacson *et al.*, 2018). En este sentido, el paso del tiempo desencadena un deterioro progresivo a nivel estructural y funcional. Este deterioro se traduce en una menor eficacia de los mecanismos que subyacen en el equilibrio homeostático del organismo. Por lo tanto, el envejecimiento es un factor de riesgo de muchas patologías y enfermedades (Isaev *et al.*, 2019). De hecho, parece existir una vinculación entre la patogénesis de numerosas enfermedades y la presencia de una importante disfunción tisular inducida por el acúmulo de células senescentes. Este proceso recibe el nombre de senescencia celular y acontece de forma paralela al envejecimiento normal (Kritsilis *et al.*, 2018).

Concretamente, la adopción de un fenotipo senescente en células pertenecientes al sistema nervioso central (SNC) como las neuronas, los oligodendrocitos, la microglía o los astrocitos, desencadena una serie de alteraciones basadas en la presencia de neuroinflamación, deterioro en la neurogénesis y cambios estructurales (Wissler Gerdes *et al.*, 2020). Así, el cerebro se vuelve cada vez más susceptible al desarrollo de enfermedades relacionadas con el envejecimiento, entre las que destacan las enfermedades neurodegenerativas como la enfermedad de Alzheimer (EA), la demencia vascular (DV) o la enfermedad de Parkinson (Knopp *et al.*, 2023).

Asimismo, el proceso de neurodegeneración es considerado como una característica común en el proceso normal de envejecimiento, el cual se ve potenciado y acelerado en el desarrollo de enfermedades neurodegenerativas (Wissler Gerdes *et al.*, 2020). Por lo que esclarecer los factores y mecanismos que se encuentran implicados en dicha relación podrían promover la obtención de una mejor comprensión en la fisiopatología de enfermedades como la EA (Gallart-Palau *et al.*, 2019). De hecho, la EA es un tipo de enfermedad neurodegenerativa caracterizada por pre-

sentar un deterioro progresivo de las funciones cerebrales superiores manifestada por una significativa pérdida de memoria a corto plazo (Atri, 2019). Concretamente, esta constituye el tipo de demencia más común, representando entre el 60% y el 80% del total de casos (Arora *et al.*, 2023). Además, la probabilidad de desarrollar EA se incrementa de forma significativa a partir de los 65 años, constituyendo la principal causa de discapacidad en este grupo poblacional. Sin embargo, a pesar de su elevada prevalencia, no cuenta con un tratamiento curativo hasta la fecha (Rostagno, 2022). Uno de los principales motivos que dificultan obtener un tratamiento eficaz y precoz, es la existencia de una prolongada fase prodrómica. En el transcurso de esta fase, el individuo presenta una serie de alteraciones cerebrales patognomónicas basadas en el acúmulo de péptidos β -amiloide ($A\beta$) y proteína tau hiperfosforilada en ausencia de manifestaciones clínicas que permitan establecer un diagnóstico temprano (Tiwari *et al.*, 2019). Por ello, una mejor comprensión de los mecanismos que propician el desarrollo y la progresión de la neurodegeneración en las etapas iniciales de la EA podría constituir un enfoque prometedor en la búsqueda de estrategias preventivas y nuevas alternativas terapéuticas (Wissler Gerdes *et al.*, 2020).

Además, es importante destacar la existencia mayoritaria de un subtipo de EA carente de condicionantes estrictamente genéticos. Se trata de la EA esporádica, la forma más común de EA, representando más del 95% de los casos totales (Andrade-Guerrero *et al.*, 2023). La etiología de esta amplia variante de EA, se encuentra influenciada fuertemente por la presencia de factores de riesgo modificables. Entre estos factores destacan enfermedades crónicas inflamatorias como la hipertensión arterial, la hipercolesterolemia, la diabetes mellitus tipo II y la obesidad que conforman el denominado «síndrome metabólico» (Kosyreva *et al.*, 2022). Se trata de comorbilidades con una elevada prevalencia en la población, debido principalmente a la instauración de hábitos basados en el sedentarismo y el consumo de una dieta hipercalórica (Rosenberg *et al.*, 2018). Además, a menudo estas patologías convergen simultáneamente en la edad tardía, lo que aumenta el riesgo de enfermedad cerebrovascular (Balasubramanian *et al.*, 2019). Por ello también ocupan un papel relevante en la afectación del sistema vascular (Kalariya y Hase, 2019). De hecho, estas comorbilidades han sido descritas como factores de

riesgo compartidos en enfermedades vasculares y enfermedades neurodegenerativas (Gallart-Palau *et al.*, 2019).

En este contexto, es importante destacar que la presencia de resistencia insulínica puede surgir como consecuencia de la obesidad (López-González *et al.*, 2022). Por lo que la acción protectora de los receptores insulínicos a nivel neuronal y sináptico en diferentes áreas cerebrales puede verse afectada ante la presencia de obesidad, lo que interfiere en el metabolismo neuronal normal (Akhtar y Sah, 2020). Asimismo, una disminución en la actividad de las enzimas responsables de degradar la insulina en pacientes con obesidad parece estar también implicada en la degradación de A β . De ahí que un déficit en la degradación de insulina podría desencadenar un incremento de A β , y promover así la patogénesis de la EA (Jha *et al.*, 2015). Además, tanto la diabetes como la obesidad adquieren un papel relevante en la promoción de una senescencia celular prematura (Knopp *et al.*, 2023). Concretamente, se ha observado que un estado hiperglucémico puede generar un fenotipo senescente en cualquier célula perteneciente a la unidad neurovascular y en consecuencia dar lugar a neuroinflamación (Pugazhenthii *et al.*, 2017). Un ejemplo de ello es la arginasa, una enzima importante en la patología cardiovascular, ya que compite con el óxido nítrico sintasa endotelial (eNOS) por la l-arginina. Un déficit de este sustrato da lugar a que el eNOS sintetice altas concentraciones de superóxido, dando lugar a estrés oxidativo y el consiguiente daño celular (Knopp *et al.*, 2023).

Asimismo, existe evidencia de una relación entre la obesidad y una mayor concentración de células senescentes en el tejido adiposo visceral (Murakami *et al.*, 2022). La influencia negativa de esta relación se refleja principalmente en la interrupción de la barrera hematoencefálica, la instauración de un estado inflamatorio y la incapacidad de satisfacer las demandas de flujo sanguíneo cerebral (Feng *et al.*, 2024). Por lo que la obesidad no solo destaca por su implicación en el envejecimiento acelerado, sino también por considerarse un posible factor determinante en la preservación de la función cognitiva (Pardo-Moreno *et al.*, 2023).

Por otro lado, es cierto que las investigaciones muestran resultados dispares en cuanto a la asociación del deterioro cognitivo y los cambios en la composición corporal de sujetos mayores cognitivamente activos (Rosenich *et al.*, 2022). Por un lado, se

ha observado que un aumento del 1% en el índice de masa corporal (IMC) de individuos con edades comprendidas en torno a los 70 años podría incrementar el riesgo de desarrollar EA hasta un 36% (Gustafson *et al.*, 2003). Sin embargo, otros estudios muestran que, a pesar de encontrar un mayor riesgo de EA en sujetos adultos con un IMC elevado (Tang *et al.*, 2021), la presencia de sobrepeso u obesidad en ancianos resulta en un menor acúmulo de A β y un mayor volumen del hipocampo, por lo que podría constituir un efecto protector (Zhang *et al.*, 2021). De hecho, estos hallazgos coinciden con la pérdida de peso habitual que sufren los pacientes diagnosticados con demencia (Zuin *et al.*, 2021).

Teniendo en cuenta lo explicado anteriormente, es plausible establecer que la senescencia celular no es un proceso específico del SNC, es decir, no es ajeno al resto de estructuras del organismo, sino que también presenta su implicación en el resto de los sistemas, incluido el sistema cardiovascular (Kritsilis *et al.*, 2018). Además, sabemos que el envejecimiento se encuentra acompañado de un aumento en la incidencia de enfermedades cardiovasculares que cursan de forma paralela a las enfermedades cerebrovasculares (Kalaria y Hase, 2019). Por eso la evidencia plantea una posible asociación entre las alteraciones cardiovasculares propias de la edad y una posterior afectación cerebral (Moore y Jefferson, 2021). Esto puede ser explicado debido al proceso de senescencia que sufren las células endoteliales presentes en los vasos sanguíneos. Además, paralelamente se produce un descenso en los niveles de elastina junto a un mayor acúmulo de colágeno, que contribuyen a una capacidad vasodilatadora defectuosa y, en consecuencia, promueven el desarrollo de enfermedades como la arterioesclerosis (Kalaria y Hase, 2019).

Esta disfunción en la vasodilatación desencadena un aumento de la presión intravascular, así como una perfusión sanguínea comprometida que afectaría al resto de órganos, incluido el SNC (Yang *et al.*, 2017). De hecho, una disminución en el flujo sanguíneo cerebral se ha relacionado con alteraciones en la unidad neurovascular formada por células endoteliales, astrocitos, pericitos y neuronas (Graves y Baker, 2020). El proceso de senescencia en dichas células desencadena un desequilibrio en el transporte de moléculas desde la periferia hasta el cerebro, lo que afecta a la homeostasis neuronal. Por lo tanto, dichas alteracio-

nes en la unidad neurovascular pueden generar una interrupción de la barrera hematoencefálica, haciéndose esta más permeable al paso de sustancias tóxicas que tienden a acumularse y promueven una función neuronal comprometida (Moore y Jefferson, 2021). Asimismo, el incremento de la reactividad de los astrocitos como consecuencia del envejecimiento induce la pérdida de comunicación entre las neuronas y el endotelio vascular, conocida como «desacoplamiento neurovascular», propiciando la muerte neuronal (Graves y Baker, 2020). En su conjunto, todos los procedimientos descritos dan lugar a un estado proinflamatorio que, unido a la presencia de las enfermedades crónicas inflamatorias mencionadas anteriormente, podrían iniciar o exacerbar la evolución del deterioro cognitivo leve propio de la edad hacia la demencia (Yang *et al.*, 2017).

Tras lo expuesto anteriormente, es cierto que aún no existen estudios suficientes que permitan afirmar la existencia de una relación directa entre las alteraciones cardiovasculares promovidas por el síndrome metabólico y la posterior afectación de la función cognitiva. En este sentido, el establecimiento de parámetros cardiovasculares alterados o cambios en la composición corporal como predictores de enfermedades neurodegenerativas futuras supondría un gran avance en la comprensión de los mecanismos implicados. Del mismo modo, ofrecería a los investigadores un nuevo enfoque en la búsqueda de estrategias preventivas y alternativas terapéuticas eficaces que persigan el abordaje de los factores de riesgo asociados que han demostrado promover o agravar la progresión de dichas enfermedades.

Bibliografía

- Akhtar, A. y Sah, S. P. (2020). Insulin signaling pathway and related molecules: role in neurodegeneration and Alzheimer's disease. *Neurochemistry International*, 135, 104707. <https://doi.org/10.1016/j.neuint.2020.104707>
- Andrade-Guerrero, J., Santiago-Balmaseda, A., Jeronimo-Aguilar, P., Vargas-Rodríguez, I., Cadena-Suárez, A. R., Sánchez-Garibay, C., Pozo-Molina, G., Méndez-Catalá, C. F., Cardenas-Aguayo, M.-D.-C., Diaz-Cintra, S., Pacheco-Herrero, M., Luna-Muñoz, J. y Soto-Rojas, L. O. (2023). Alzheimer's disease: an updated overview of its genetics. *Inter-*

- national Journal of Molecular Sciences*, 24 (4). <https://doi.org/10.3390/ijms24043754>
- Arora, S., Santiago, J. A., Bernstein, M. y Potashkin, J. A. (2023). Diet and lifestyle impact the development and progression of Alzheimer's dementia. *Frontiers in Nutrition*, 10, 1213223. <https://doi.org/10.3389/fnut.2023.1213223>
- Atri, A. (2019). The Alzheimer's disease clinical spectrum: diagnosis and management. *The Medical Clinics of North America*, 103 (2), 263-293. <https://doi.org/10.1016/j.mcna.2018.10.009>
- Balasubramanian, P., Hall, D. y Subramanian, M. (2019). Sympathetic nervous system as a target for aging and obesity-related cardiovascular diseases. *GeroScience*, 41 (1), 13-24. <https://doi.org/10.1007/s11357-018-0048-5>
- Feng, Z., Fang, C., Ma, Y. y Chang, J. (2024). Obesity-induced blood-brain barrier dysfunction: phenotypes and mechanisms. *Journal of Neuroinflammation*, 21 (1), 110. <https://doi.org/10.1186/s12974-024-03104-9>
- Gallart-Palau, X., Tan, L. M., Serra, A., Gao, Y., Ho, H. H., Richards, A. M., Kandiah, N., Chen, C. P., Kalaria, R. N. y Sze, S. K. (2019). Degenerative protein modifications in the aging vasculature and central nervous system: a problem shared is not always halved. *Ageing Research Reviews*, 53, 100909. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2019.100909>
- Graves, S. I. y Baker, D. J. (2020). Implicating endothelial cell senescence to dysfunction in the ageing and diseased brain. *Basic & Clinical Pharmacology & Toxicology*, 127 (2), 102-110. <https://doi.org/10.1111/bcpt.13403>
- Gustafson, D., Rothenberg, E., Blennow, K., Steen, B. y Skoog, I. (2003). An 18-year follow-up of overweight and risk of Alzheimer disease. *Archives of Internal Medicine*, 163 (13), 1524-1528. <https://doi.org/10.1001/archinte.163.13.1524>
- Isaacson, R. S., Ganzer, C. A., Hristov, H., Hackett, K., Caesar, E., Cohen, R., Kachko, R., Meléndez-Cabrero, J., Rahman, A., Scheyer, O., Hwang, M. J., Berkowitz, C., Hendrix, S., Mureb, M., Schelke, M. W., Mosconi, L., Seifan, A. y Krikorian, R. (2018). The clinical practice of risk reduction for Alzheimer's disease: a precision medicine approach. *Alzheimer's & Dementia. The Journal of the Alzheimer's Association*, 14 (12), 1663-1673. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2018.08.004>
- Isaev, N. K., Stelmashook, E. V. y Genrikhs, E. E. (2019). Neurogenesis and brain aging. *Reviews in the Neurosciences*, 30 (6), 573-580. <https://doi.org/10.1515/revneuro-2018-0084>

- Jha, N. K., Jha, S. K., Kumar, D., Kejriwal, N., Sharma, R., Ambasta, R. K. y Kumar, P. (2015). Impact of Insulin Degrading Enzyme and Nephilysin in Alzheimer's Disease Biology: Characterization of Putative Cognates for Therapeutic Applications. *Journal of Alzheimer's Disease (JAD)*, 48 (4), 891-917. <https://doi.org/10.3233/JAD-150379>
- Kalaria, R. N. y Hase, Y. (2019). Neurovascular ageing and age-related diseases. *Sub-Cellular Biochemistry*, 91, 477-499. https://doi.org/10.1007/978-981-13-3681-2_17
- Knopp, R. C., Erickson, M. A., Rhea, E. M., Reed, M. J. y Banks, W. A. (2023). Cellular senescence and the blood-brain barrier: Implications for aging and age-related diseases. *Experimental Biology and Medicine*, 248 (5), 399-411. <https://doi.org/10.1177/15353702231157917>
- Kosyрева, A. M., Sentyabreva, A. V., Tsvetkov, I. S. y Makarova, O. V. (2022). Alzheimer's disease and inflammaging. *Brain Sciences*, 12 (9). <https://doi.org/10.3390/brainsci12091237>
- Kritsilis, M., Rizou, S., Koutsoudaki, P. N., Evangelou, K., Gorgoulis, V. G. y Papadopoulos, D. (2018). Ageing, cellular senescence and neurodegenerative disease. *International Journal of Molecular Sciences*, 19 (10). <https://doi.org/10.3390/ijms19102937>
- López-González, A. A., Ramírez Manent, J. I., Vicente-Herrero, M. T., García Ruiz, E., Albaladejo Blanco, M. y López Safont, N. (2022). Prevalence of diabetes in the Spanish working population: Influence of sociodemographic variables and tobacco consumption. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 45 (1), e0977. <https://doi.org/10.23938/ASSN.0977>
- Moore, E. E. y Jefferson, A. L. (2021). Impact of cardiovascular hemodynamics on cognitive aging. *Arteriosclerosis, Thrombosis, and Vascular Biology*, 41 (4), 1255-1264. <https://doi.org/10.1161/ATVBAHA.120.311909>
- Murakami, T., Inagaki, N. y Kondoh, H. (2022). Cellular senescence in diabetes mellitus: distinct senotherapeutic strategies for adipose tissue and pancreatic β cells. *Frontiers in Endocrinology*, 13, 869414. <https://doi.org/10.3389/fendo.2022.869414>
- Pardo-Moreno, T., Mohamed-Mohamed, H., Rivas-Dominguez, A., Garcia-Morales, V., Garcia-Lara, R. A., Suleiman-Martos, S., Bermudez-Pulgarin, B. y Ramos-Rodriguez, J. J. (2023). Poor cognitive agility conservation in obese aging people. *Biomedicines*, 11 (1). <https://doi.org/10.3390/biomedicines11010138>
- Pugazhenthii, S., Qin, L. y Reddy, P. H. (2017). Common neurodegenerative pathways in obesity, diabetes, and Alzheimer's disease. *Biochi-*

- mica et Biophysica Acta. Molecular Basis of Disease*, 1863 (5), 1037-1045. <https://doi.org/10.1016/j.bbadis.2016.04.017>
- Rosenberg, A., Ngandu, T., Rusanen, M., Antikainen, R., Bäckman, L., Havulinna, S., Hänninen, T., Laatikainen, T., Lehtisalo, J., Levälähti, E., Lindström, J., Paajanen, T., Peltonen, M., Soininen, H., Stigsdotter-Neely, A., Strandberg, T., Tuomilehto, J., Solomon, A. y Kivipelto, M. (2018). Multidomain lifestyle intervention benefits a large elderly population at risk for cognitive decline and dementia regardless of baseline characteristics: the FINGER trial. *Alzheimer's & Dementia. The Journal of the Alzheimer's Association*, 14 (3), 263-270. <https://doi.org/10.1016/j.jalz.2017.09.006>
- Rosenich, E., Bransby, L., Yassi, N., Fripp, J., Laws, S. M., Martins, R. N., Fowler, C., Rainey-Smith, S. R., Rowe, C. C., Masters, C. L., Maruff, P. y Lim, Y. Y. (2022). Differential effects of APOE and Modifiable risk factors on hippocampal volume loss and memory decline in Aβ- and Aβ+ older adults. *Neurology*, 98 (17), e1704-e1715. <https://doi.org/10.1212/WNL.0000000000200118>
- Rostagno, A. A. (2022). Pathogenesis of Alzheimer's disease. *International Journal of Molecular Sciences*, 24 (1). <https://doi.org/10.3390/ijms24010107>
- Tang, X., Zhao, W., Lu, M., Zhang, X., Zhang, P., Xin, Z., Sun, R., Tian, W., Cardoso, M. A., Yang, J., Simó, R., Zhou, J.-B. y Stehouwer, C. D. A. (2021). Relationship between central obesity and the incidence of cognitive impairment and dementia from cohort studies involving 5 060 687 participants. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, 130, 301-313. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.08.028>
- Tiwari, S., Atluri, V., Kaushik, A., Yndart, A. y Nair, M. (2019). Alzheimer's disease: pathogenesis, diagnostics, and therapeutics. *International Journal of Nanomedicine*, 14, 5541-5554. <https://doi.org/10.2147/IJN.S200490>
- Wissler Gerdes, E. O., Zhu, Y., Weigand, B. M., Tripathi, U., Burns, T. C., Tchkonja, T. y Kirkland, J. L. (2020). Cellular senescence in aging and age-related diseases: Implications for neurodegenerative diseases. *International Review of Neurobiology*, 155, 203-234. <https://doi.org/10.1016/bs.irm.2020.03.019>
- Yang, T., Sun, Y., Lu, Z., Leak, R. K. y Zhang, F. (2017). The impact of cerebrovascular aging on vascular cognitive impairment and dementia. *Ageing Research Reviews*, 34, 15-29. <https://doi.org/10.1016/j.arr.2016.09.007>

- Zhang, X.-X., Tian, Y., Wang, Z.-T., Ma, Y.-H., Tan, L. y Yu, J.-T. (2021). The epidemiology of Alzheimer's disease modifiable risk factors and prevention. *The Journal of Prevention of Alzheimer's Disease*, 8 (3), 313-321. <https://doi.org/10.14283/jpad.2021.15>
- Zuin, M., Roncon, L., Passaro, A., Cervellati, C. y Zuliani, G. (2021). Metabolic syndrome and the risk of late onset *alzheimer's* disease: an updated review and meta-analysis. *Nutrition, Metabolism, and Cardiovascular Diseases (NMCD)*, 31 (8), 2244-2252. <https://doi.org/10.1016/j.numecd.2021.03.020>

PARTE II. CUIDADOS DE LA SALUD

El impacto del cambio climático en la salud infantil

BIBIANA PÉREZ ARDANAZ
Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Granada

Resumen

El cambio climático es un fenómeno global que afecta a la salud infantil de manera significativa. Este capítulo examina el impacto del cambio climático en la salud infantil, destacando cómo las alteraciones medioambientales influyen en aspectos críticos como la calidad del aire, la disponibilidad de alimentos y el acceso al agua potable y cómo se establece una relación directa entre el cambio climático y el aumento de problemas de salud pública, particularmente en poblaciones vulnerables como los niños, debido a su desarrollo fisiológico y psicológico. Los eventos climáticos extremos afectan significativamente a la morbimortalidad infantil, principalmente a través de un aumento en enfermedades respiratorias transmitidas por vectores relacionadas con el calor y la malnutrición. Además, las consecuencias a largo plazo pueden incluir retrasos en el desarrollo, problemas de aprendizaje y daño en órganos y sistemas. En conclusión, el cambio climático influye en la salud infantil a través de múltiples vías que requieren atención y acción inmediata para mitigar sus efectos adversos. Es fundamental entender y abordar estos impactos desde una perspectiva integral para proteger la salud y el bienestar de las futuras generaciones. Para ello, debemos apostar por la cooperación global y la implementación de políticas efectivas que prioricen la resiliencia y el bienestar infantil frente a los crecientes desafíos climáticos.

Palabras claves: cambio climático, salud infantil, salud pública.

3.1. Introducción

Es crucial concienciar sobre este problema y promover acciones concretas para cuidar el futuro de nuestros niños.

El cambio climático es un fenómeno global que está teniendo un impacto significativo en diversos aspectos de la vida humana, incluida la salud infantil, siendo esta fundamental para el desarrollo de las sociedades y el bienestar de las futuras generaciones.

El cambio climático se refiere al aumento gradual y sostenido de la temperatura de la tierra como resultado de actividades humanas, como la quema de combustibles fósiles y la deforestación. Este aumento de la temperatura tiene consecuencias significativas en el clima y los ecosistemas de nuestro planeta, pues provoca fenómenos extremos como sequías, inundaciones y tormentas más intensas, lo que a su vez afecta a la salud de la población, especialmente la de los niños, que son más vulnerables.

Es importante entender y definir claramente este fenómeno para comprender cómo afecta a la salud infantil y tomar acciones para mitigar sus impactos.

3.2. Peculiaridades de la infancia

Los niños son especialmente susceptibles al cambio climático debido al desarrollo en curso de sus sistemas orgánicos y su inmadurez fisiológica y psicológica. Por ejemplo, sus sistemas inmunológicos y órganos aún en desarrollo los hacen menos capaces de adaptarse a condiciones extremas, al tener una capacidad reducida para regular la temperatura corporal. Además, los niños suelen estar más expuestos a factores ambientales nocivos dado su comportamiento y sus actividades diarias; por ejemplo, pasan más tiempo al aire libre y tienen una mayor frecuencia respiratoria, lo que incrementa su exposición a la contaminación del aire. Por todo ello, los niños son más susceptibles a los efectos del cambio climático debido a su fisiología en desarrollo, sistemas inmunológicos menos desarrollados y mayor dependencia de los cuidadores, siendo de vital importancia abordar este tema para proteger la salud y el futuro de los niños.

3.3. Impacto del cambio climático en la salud infantil

El impacto del cambio climático puede manifestarse directa e indirectamente en la salud infantil; afecta a los niños en múltiples aspectos fundamentales.

La figura 3.1 (desarrollada por Helldén *et al.*, 2021) proporciona un marco conceptual sobre cómo puede influir el cambio climático en la salud infantil.

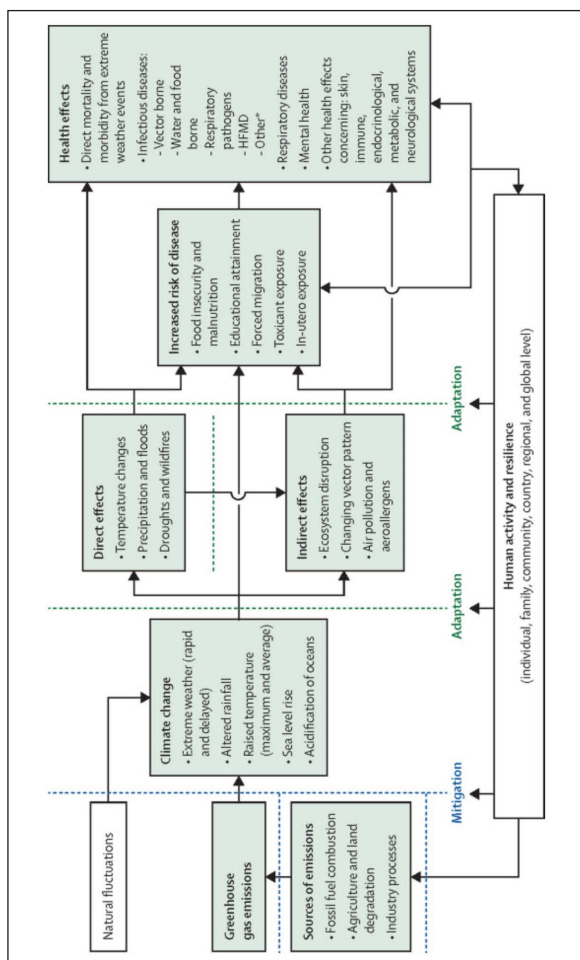


Figura 3.1. Climate change and child health: a scoping review and an expanded conceptual framework. Lancet Planet Health (Helldén *et al.*, 2021).

Este esquema ilustra la conexión entre las emisiones de gases de efecto invernadero y diversas alteraciones en el sistema terrestre, que incluyen: aumento de temperaturas, cambios en las precipitaciones, elevación del nivel del mar, acidificación de los océanos y una frecuencia incrementada de eventos meteorológicos extremos. Estas transformaciones ambientales impactan en la salud infantil tanto directa como indirectamente.

Son efectos directos: las alteraciones térmicas (las olas de calor y los rápidos cambios de temperatura pueden impactar directamente en la salud de los niños, elevando el riesgo de enfermedades relacionadas con el calor y problemas de deshidratación) y los cambios en los patrones de precipitación (un incremento en el riesgo de inundaciones, sequías e incendios forestales puede provocar crisis sanitarias y comprometer la seguridad alimentaria y el acceso al agua potable).

Son efectos indirectos: la alteración de ecosistemas y patrones de vectores (los cambios en la biodiversidad y en los hábitats naturales pueden favorecer la proliferación de vectores como mosquitos, incrementando el riesgo de transmisión de enfermedades infecciosas) y la contaminación atmosférica y de los aeroalérgenos (el aumento en la prevalencia de contaminantes y alérgenos en el aire puede exacerbar las condiciones respiratorias y alérgicas en niños).

3.4. Principales consecuencias en la salud infantil

Los eventos climáticos extremos son responsables de una amplia gama de efectos adversos en la salud infantil que impactan significativamente en la morbilidad y mortalidad. Estos incluyen enfermedades transmitidas por vectores, problemas respiratorios relacionados con la calidad del aire, y otras condiciones sanitarias agravadas por crisis ambientales.

Enfermedades infecciosas transmitidas por vectores y agua

En la actualidad, las condiciones climáticas son favorables para la reproducción de mosquitos y otros vectores que se están ex-

tendiendo a nuevas áreas, de modo que exponen a más niños a estas enfermedades potencialmente mortales como mosquitos portadores del virus del Zika, el dengue y la malaria. Del mismo modo, las inundaciones y la contaminación del agua potable también favorecen la transmisión de patógenos que causan enfermedades transmitidas por el agua y alimentos (Bermúdez-Tamayo *et al.*, 2023; Williams *et al.*, 2021).

Impacto en la seguridad alimentaria e hídrica

La variabilidad y los eventos climáticos extremos, como sequías e inundaciones, pueden afectar negativamente a la producción de alimentos, al provocar escasez de alimentos que genere malnutrición en los niños, lo que a su vez afectará a su desarrollo físico y cognitivo. Otros factores asociados a la desnutrición infantil observados en las zonas afectadas por inundaciones pueden ser la edad, la diarrea, características del hogar y la situación socioeconómica familiar. Asimismo, la tendencia de la prevalencia al alza sobre las alergias alimentarias y los alérgenos derivados del efecto del cambio climático es cada vez más preocupante (Melén *et al.*, 2022).

Las actividades antropogénicas (fabricación textil, eliminación de residuos e intensificación de la agricultura) son las que más contribuyen a la liberación de sustancias químicas en las aguas subterráneas; y alterar la calidad del agua potable hace que aumente el riesgo de enfermedades transmitidas por el agua en los niños. Así, se han observado en niños alteraciones agudas y crónicas de sus sistemas neurológico, esquelético, reproductor y endocrino, así como riesgos cancerígenos acumulativos, entre otras consecuencias que alteraban su vida (Lieber *et al.*, 2022; Melén *et al.*, 2022; Shittu *et al.*, 2023).

Aumento de las enfermedades respiratorias

El incremento de enfermedades respiratorias en niños, atribuido al aumento de las concentraciones de dióxido de carbono (CO₂) y otros contaminantes atmosféricos resultantes del cambio climático, es alarmante. Este fenómeno ha elevado el riesgo de asma y alergias respiratorias, siendo una tendencia observada globalmente. A medida que la carga de morbilidad asociada al

asma y las alergias infantiles continúa ascendiendo, la conexión entre el cambio climático, la contaminación atmosférica y otras exposiciones ambientales ha capturado crecientemente la atención de la comunidad científica.

Aunque los estudios que se centran en las estrategias de adaptación para el manejo del asma infantil en contextos de cambio climático son aún insuficientes, se han propuesto diversas medidas. Entre ellas, la mejora de la ventilación y calefacción en los hogares ha demostrado ser eficaz, especialmente durante los meses de invierno. Además, se recomienda fortalecer la educación comunitaria sobre el asma y desarrollar modelos de previsión junto con sistemas de alerta temprana que incluyan la evaluación de la vulnerabilidad de la población infantil.

Sin embargo, es crucial considerar que la eficacia de estas medidas de adaptación podría verse comprometida con el avance del cambio climático. La creciente frecuencia de fenómenos meteorológicos extremos, como olas de calor y frío, plantea el riesgo de aumento de morbilidad y mortalidad por asma, lo cual afecta de manera desproporcionada a niños y mujeres. Por lo tanto, el cambio climático representa una preocupación crítica para el control del asma. Es necesaria una respuesta adaptativa robusta y continua que anticipe y mitigue estos impactos emergentes (Hu *et al.*, 2022; Makrufardi *et al.*, 2023; Urrutia-Pereira *et al.*, 2022).

Impacto en la salud mental

El cambio climático incide de manera significativa y diversa en la salud mental de niños y adolescentes. Dicho impacto se manifiesta a través de diferentes ritmos y formas, dependiendo de la intensidad y la naturaleza de los eventos climáticos, así como de la vulnerabilidad específica de cada grupo poblacional. Es decir, los efectos del cambio climático actúan como un catalizador de trastornos mentales, variando desde respuestas inmediatas a eventos extremos hasta efectos prolongados que pueden alterar el bienestar psicológico a largo plazo.

Los fenómenos meteorológicos extremos, como huracanes y olas de calor, pueden actuar como amplificadores de amenazas y ser fuentes de trauma significativo. Estos eventos pueden desencadenar respuestas agudas en niños y adolescentes, similares a

las observadas en el estrés traumático, y resultar en patrones psicopatológicos reconocibles, incluyendo el estrés postraumático. Además, la exposición prolongada a un entorno alterado por el clima puede provocar efectos a largo plazo, afectando de manera diferida a la salud mental.

Los niños y adolescentes son particularmente susceptibles a los efectos del cambio climático debido a factores fisiológicos, de desarrollo, de comportamiento y sociales. La ansiedad climática y la percepción de inseguridad frente a fenómenos meteorológicos extremos pueden afectar profundamente su estabilidad emocional y su comportamiento cotidiano la insatisfacción con las respuestas gubernamentales a la crisis climática, aumentar la angustia y el sentimiento de desesperanza entre los jóvenes.

La creciente conciencia sobre los desafíos del cambio climático se asocia con niveles elevados de angustia emocional entre los jóvenes. Aquellos con condiciones de salud mental preexistentes y falta de apoyo social pueden enfrentar un riesgo aún mayor. El activismo climático, aunque es una fuente de resiliencia y desarrollo positivo, también puede incrementar el estrés, especialmente en grupos marginados.

Las estrategias de afrontamiento y los mecanismos de resiliencia varían significativamente entre individuos, influenciados por factores ambientales, familiares y comunitarios. Este aspecto subraya la necesidad de enfoques personalizados y basados en la comunidad para apoyar la salud mental infantil en el contexto del cambio climático. Es urgente continuar la investigación sobre el impacto emocional del cambio climático en niños y jóvenes, lo cual debe guiar las intervenciones públicas y las políticas. Asimismo, es esencial que las respuestas gubernamentales aborden tanto los efectos inmediatos como los de largo plazo del cambio climático en la salud mental de las poblaciones más jóvenes y vulnerables.

Este análisis destaca la complejidad de los efectos del cambio climático en la salud mental infantil y la necesidad de respuestas integrales que mitiguen los impactos adversos mientras se fortalece la capacidad de los jóvenes para enfrentar esta creciente amenaza global (Cianconi, Betrò, y Janiri 2020; Martin *et al.* 2022; White *et al.* 2023).

3.5. Desigualdades en salud infantil y el cambio climático

La equidad en salud ambiental se centra en garantizar que todas las personas, sin distinción de origen étnico, condiciones socioeconómicas o ubicación geográfica, tengan acceso igualitario a un entorno saludable y seguro. Este principio es crucial, ya que un ambiente libre de riesgos ambientales perjudiciales es fundamental para la salud y el bienestar de todos los individuos, especialmente los niños.

La relevancia de la equidad en salud ambiental se sostiene en varios pilares fundamentales:

- **Justicia y derechos humanos:** es un derecho humano básico tener acceso a un ambiente limpio y seguro; asegurar este derecho es una cuestión de justicia que beneficia a toda la sociedad.
- **Reducción de disparidades en salud:** las diferencias en la calidad del ambiente pueden exacerbar las disparidades de salud entre distintos grupos poblacionales, incrementando la prevalencia de enfermedades evitables.
- **Desarrollo sostenible:** la equidad ambiental es esencial para lograr objetivos de desarrollo sostenible a nivel global, y así promover la prosperidad y la estabilidad de las comunidades.

Las investigaciones han identificado que el cambio climático intensifica las desigualdades en la salud infantil. En los países con ingresos bajos y medianos (PIBM), la infancia es particularmente vulnerable a sus consecuencias debido a recursos estructurales y económicos limitados. Además, las desigualdades geográficas e intergeneracionales emergen como áreas críticas que requieren atención, con el fin de ampliar el espectro de investigación necesaria para abordar estas cuestiones, incluyendo el impacto en la salud mental de adolescentes y jóvenes, y las disparidades internas en países de todos los niveles de ingresos.

3.6. Riesgos específicos para la infancia en comunidades desfavorecidas

Los niños que residen en comunidades desfavorecidas afrontan riesgos amplificados debido al cambio climático y la exposición a contaminantes ambientales:

- Acceso limitado a atención médica: la falta de servicios de salud de calidad en comunidades desfavorecidas dificulta el diagnóstico y tratamiento oportunos de condiciones relacionadas con el ambiente.
- Condiciones de vivienda inadecuadas: muchas viviendas en estas áreas carecen de ventilación adecuada y pueden contener contaminantes peligrosos como plomo y moho, lo que deteriora la salud infantil.
- Proximidad a contaminantes industriales: las comunidades de bajos ingresos suelen ubicarse cerca de instalaciones industriales y zonas de alta contaminación del aire, lo cual aumenta la exposición de los niños a sustancias tóxicas.

Abordar la equidad en salud ambiental implica reconocer y mitigar los riesgos específicos que afrontan los niños en contextos desfavorecidos, agravados por el cambio climático. Es imperativo implementar políticas que no solo aborden la mitigación del cambio climático, sino que también fortalezcan los sistemas de salud y mejoren las condiciones de vida en las comunidades más vulnerables. Promover la equidad en salud ambiental es esencial para proteger a los niños y asegurar un futuro más saludable y justo para todas las generaciones (Arpin *et al.*, 2021).

3.7. Medidas para mitigar los efectos del cambio climático en la salud infantil

En el **individuo** cabe aplicar las siguientes medidas:

- Reducir la huella de carbono: adoptar un estilo de vida más sostenible, como reducir el consumo de carne, usar el transporte público, reciclar y reducir el desperdicio de alimentos,

contribuye a la reducción de emisiones de gases de efecto invernadero.

- Fomentar una dieta saludable: consumir alimentos frescos y locales puede ayudar a reducir la demanda de alimentos procesados y la agricultura intensiva, lo que a su vez reduce la contaminación ambiental y promueve una mejor salud infantil.
- Ahorro de energía en el hogar: mejorar la eficiencia energética de las viviendas, como el aislamiento y el uso de electrodomésticos eficientes, reduce la demanda de energía y disminuye las emisiones de gases contaminantes.

En la **comunidad**, las medidas que habría que aplicar son las siguientes:

- Promover el transporte sostenible: fomentar la movilidad activa (caminar y andar en bicicleta) y mejorar el transporte ayuda a reducir la contaminación del aire y promueve la salud de los niños al disminuir la exposición a emisiones tóxicas.
- Crear espacios verdes: incrementar las áreas verdes y parques en las comunidades brinda oportunidades para que los niños jueguen al aire libre y respiren aire limpio.
- Promover la agricultura sostenible: apoyar prácticas agrícolas sostenibles y la agricultura orgánica puede reducir la exposición de los niños a pesticidas y promover la seguridad alimentaria.

En cuanto al **Gobierno**, debe establecer:

- Políticas de energía limpia: implementar políticas para fomentar la transición hacia fuentes de energía limpia y renovable reduce las emisiones de gases de efecto invernadero y mejora la calidad del aire.
- Regulación de emisiones industriales: establecer límites y regulaciones para las emisiones industriales ayuda a reducir la contaminación del aire y protege la salud infantil.
- Promoción del transporte público: invertir en sistemas de transporte público eficientes y accesibles reduce la dependencia de los automóviles y disminuye la exposición de los niños a la contaminación del aire.

Cabe destacar que la educación ambiental y la concienciación pública son esenciales para movilizar a individuos, comunidades y gobiernos hacia la acción contra el cambio climático. La colaboración en todos los niveles es fundamental para proteger la salud de la infancia y garantizar un futuro más saludable y sostenible.

3.8. Promoción de prácticas sostenibles y educación

En el contexto del cambio climático y su impacto en la salud infantil, es esencial desarrollar y fomentar prácticas sostenibles junto con una educación robusta en materia ambiental. Estas acciones no solo aumentan la conciencia y la preparación de las comunidades, sino que también aseguran un enfoque equitativo para proteger a todos los niños, independientemente de su situación socioeconómica o geográfica.

Educación ambiental

La integración de la educación ambiental en las escuelas representa una estrategia clave para aumentar la conciencia sobre los efectos del cambio climático en la salud y el bienestar general. Al educar a los niños desde temprana edad sobre la importancia de la salud ambiental, se fomenta una generación más consciente y preparada para enfrentar y mitigar los desafíos ambientales.

La educación ambiental debe incluir: el conocimiento sobre el cambio climático y sus impactos directos e indirectos en la salud humana y los ecosistemas; prácticas sostenibles que los individuos y comunidades pueden adoptar para reducir su huella de carbono, y derechos y responsabilidades ambientales para fomentar una ciudadanía activa y responsable.

Incentivo de la investigación

El fomento de la investigación sobre los efectos del cambio climático en la salud infantil es fundamental para comprender las dimensiones y profundidades de este problema. Al apoyar estu-

dios científicos y compartir sus hallazgos de manera abierta se proporciona una base sólida de evidencia que puede informar y mejorar las políticas y prácticas de salud pública, se identifican áreas específicas donde los niños pueden ser particularmente vulnerables a los efectos del cambio climático –lo que permite desarrollar intervenciones dirigidas– y se estimula la innovación en tecnologías y métodos para mitigar los efectos adversos del cambio climático en la salud infantil.

Participación ciudadana

Promover la participación de la comunidad en la formulación de políticas de salud y medioambiente es crucial para garantizar que las voces de las poblaciones más vulnerables sean escuchadas y consideradas. La participación ciudadana efectiva puede lograrse mediante la creación de plataformas y foros donde los ciudadanos, especialmente los jóvenes y las familia puedan expresar sus preocupaciones y sugerencias sobre las políticas ambientales y de salud; también al involucrar a las comunidades en proyectos de monitoreo ambiental y en iniciativas de salud pública que les afecten directamente, y mediante el fomento de la colaboración entre gobiernos, organizaciones no gubernamentales, expertos en salud y comunidades para desarrollar estrategias inclusivas y sostenibles.

3.9. Conclusiones

La evidencia ilustra de manera contundente el impacto del cambio climático en diversos aspectos ambientales la calidad del aire, la disponibilidad de alimentos y el acceso al agua potable, afectando significativamente a la salud.

Los niños se ven desproporcionadamente afectados por estas alteraciones, pues constituyen una población especialmente vulnerable. Efectivamente, tienen mayor exposición y sensibilidad a los cambios en su entorno, lo que aumenta su riesgo de sufrir diversas patologías relacionadas con el clima.

Dada la gravedad de estos impactos, es imperativo abordar el cambio climático como una cuestión crítica de salud pública. Las acciones para mitigar sus efectos no solo son necesarias para

proteger la salud de las actuales generaciones de niños, sino también para asegurar el bienestar de las generaciones futuras. Este enfoque requiere una cooperación global y la implementación de políticas efectivas que atiendan tanto a la reducción de las emisiones de gases de efecto invernadero como a la adaptación a los cambios climáticos ya inevitables.

En conclusión, la protección de la salud infantil frente al cambio climático es una responsabilidad colectiva que debe ser priorizada en las agendas de salud pública y ambiental en todo el mundo. Las estrategias de mitigación y adaptación deben ser inclusivas y orientadas hacia la resiliencia de las comunidades más vulnerables, asegurando que los niños puedan crecer en un ambiente que garantice su salud y seguridad.

Bibliografía

- Arpin, E., Gauffin, K., Kerr, M., Hjern, A., Mashford-Pringle, A., Barros, A., Rajmil, L., Choonara, I. y Spencer, N. (2021). Climate change and child health inequality: a review of reviews. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18 (20), 10896. DOI: 10.3390/ijerph182010896.
- Bermúdez-Tamayo, C., García Mochón, L., Ruiz Azarola, A. y Lacasaña, M. (2023). Climate change and vector-borne diseases. From knowledge to action. *Gaceta Sanitaria*, 37, 102271. DOI: 10.1016/j.gaceta.2022.102271.
- Cianconi, P., Betrò, S. y Janiri, L. (2020). The impact of climate change on mental health: a systematic descriptive review. *Frontiers in Psychiatry*, 11, 74. DOI: 10.3389/fpsy.2020.00074.
- Helldén, D., Andersson, C., Nilsson, M., Ebi, K. L., Friberg, P. y Alfvén, T. (2021). Climate change and child health: a scoping review and an expanded conceptual framework. *The Lancet. Planetary Health*, 5 (3), e164-75. DOI: 10.1016/S2542-5196(20)30274-6.
- Hu, Y., Cheng, J., Liu, S., Tan, J., Yan, C., Yu, G., Yin, Y. y Tong, S. (2022). Evaluation of climate change adaptation measures for childhood asthma: a systematic review of epidemiological evidence. *The Science of the Total Environment*, 839, 156291. DOI: 10.1016/j.scitotenv.2022.156291.
- Lieber, M., Chin-Hong, P., Kelly, K., Dandu, M. y Weiser, S. D. (2022). A systematic review and meta-analysis assessing the impact of

- droughts, flooding, and climate variability on malnutrition. *Global Public Health*, 17 (1), 68-82. DOI: 10.1080/17441692.2020.1860247.
- Makrufardi, F., Manullang, A., Rusmawatiningtyas, D., Chung, K. F., Lin, S.-C. y Chuang, h.-c. (2023). Extreme weather and asthma: a systematic review and meta-analysis. *European Respiratory Review. An Official Journal of the European Respiratory Society*, 32 (168), 230019. DOI: 10.1183/16000617.0019-2023.
- Martin, G., Reilly, K., Everitt, H. y Gilliland, J. A. (2022). Review: the impact of climate change awareness on children's mental well-being and negative emotions. A scoping review. *Child and Adolescent Mental Health*, 27 (1), 59-72. DOI: 10.1111/camh.12525.
- Melén, E., Koppelman, G. H., Vicedo-Cabrera, A. M., Jovanovic Andersen, Z. y Bunyavanich, S. (2022). Allergies to food and airborne allergens in children and adolescents: role of epigenetics in a changing environment. *The Lancet. Child & Adolescent Health*, 6 (11), 810-819. DOI: 10.1016/S2352-4642(22)00215-2.
- Shittu, E., Lakhanpaul, M., Vigurs, C., Sarkar, K., Koch, M., Parikh, P. y Campos, L. C. (2023). A rapid systematic scoping review of research on the impacts of water contaminated by chemicals on very young children. *The Science of the Total Environment*, 891, 164604. DOI: 10.1016/j.scitotenv.2023.164604.
- Urrutia-Pereira, M., Badellino, H., Ansotegui, I. J., Guidos, G. y Solé, D. (2022). Climate change and allergic diseases in children and adolescents. *Allergologia et Immunopathologia*, 50 (1), 7-16. DOI: 10.15586/aei.v50iSP1.545.
- White, B. P., Breakey, S., Brown, M. J., Rand Smith, J., Tarbet, A., Nicholas, P. K. y iamonte Ros, A. M. (2023). Mental health impacts of climate change among vulnerable populations globally: an integrative review. *Annals of Global Health*, 89 (1), 66. DOI: 10.5334/aogh.4105.
- Williams, P. C., Bartlett, A. W. Annaleise Howard-Jones, McMullan, B., Khatami, A., Britton, P. H. y Marais, B. J. (2021). Impact of Climate change and biodiversity collapse on the global emergence and spread of infectious diseases. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 57 (11), 1811-1818. DOI: 10.1111/jpc.15681.

Trastornos de la conducta alimentaria en personas mayores: prevalencia desde las instituciones de cuidados de larga duración y/o viviendas de vida independiente

BLANCA RIQUELME-GALLEGO

Facultad de Ciencias de la Salud de Ceuta, Universidad de Granada
Instituto de Investigación Biosanitaria (ibs.GRANADA), Granada

MARÍA GÁZQUEZ-LÓPEZ

ANA MARÍA ANTOLÍ-JOVER

MARÍA ADELAIDA ÁLVAREZ-SERRANO

Facultad de Ciencias de la Salud de Ceuta, Universidad de Granada

GEMA SERRANO-GEMES

Departamento de Enfermería y Fisioterapia, Campus de Ponferrada,
Universidad de León

Resumen

El objetivo de esta revisión es determinar el impacto real de los trastornos de la conducta alimentaria en personas mayores, revisando la evidencia científica disponible sobre los trastornos de la conducta alimentaria en población mayor de 65 años en instituciones de cuidados de larga duración y/o en viviendas destinadas al fomento de la vida independiente y su impacto en la salud. Para ello se llevó a cabo una revisión rápida con metodología sistemática en cuatro bases de datos diferentes. Se obtuvo únicamente un estudio que investigó el autoconcepto de la imagen corporal y su relación con problemas psiquiátricos. Este estudio obtuvo una puntuación de 4 sobre 10 puntos en la escala Newcastle Ottawa Scale (NOS), teniendo un alto riesgo de sesgo. Podemos concluir que actualmente parece existir una escasa evidencia disponible y de poca calidad sobre este tema, lo que hace inadecuado el establecimiento de conclusiones sólidas y fiables.

Palabras claves: trastornos de la conducta alimentaria, personas mayores, instituciones de cuidados de larga duración, viviendas para el fomento de la vida independiente.

4.1. Introducción

Según la definición aportada por el *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*, «los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) se caracterizan por una alteración persistente en la alimentación o en el comportamiento relacionado con la alimentación que lleva una alteración en el consumo o en la absorción de alimentos y que causa un deterioro significativo de la salud física o del funcionamiento psicosocial». Los conceptos y definiciones de los distintos TCA aportados por la DSM-5 incluyen, además de los aspectos diagnósticos, una perspectiva de género, mostrando una prevalencia mayor en mujeres jóvenes, sobre todo en la anorexia nerviosa (AN) y la bulimia nerviosa (BN), con una proporción entre mujeres y hombres 10:1 (American Psychiatric Association, 2018). En términos más generales, nos encontramos con los datos arrojados por revisiones recientes, que incluyen a mujeres y hombres de todas las edades, utilizando los criterios de DSM-5, y describen una prevalencia de los TCA del 5,7 % (0-13,5 %) y del 2,2 % (0,2-7,3 %), respectivamente. Por otro lado, la evolución de la prevalencia de los TCA también ha experimentado un aumento: se ha observado un incremento del 3,5 % en el período comprendido entre el año 2000 y 2006, al 7,8 % entre 2013 y 2018, tal y como nos explican Arija Val *et al.* (2022). Como reflejan las estadísticas, los TCA constituyen un grupo de afecciones que perjudican en mayor medida a las mujeres, concretamente a las mujeres jóvenes (American Psychiatric Association, 2018; Arija Val *et al.*, 2022; Castelpietra *et al.*, 2022).

A pesar de ser un problema relativamente menos estudiado en personas mayores de 65 años en comparación con otros grupos de edad, se reconoce cada vez más como un problema importante en esta población (Arija Val *et al.*, 2022).

Históricamente, los ancianos que mostraban conductas alimentarias desordenadas recibían un diagnóstico de trastorno alimentario no especificado, una categoría reservada para aquellos

que no cumplieran todos los criterios de ningún trastorno alimentario específico. Por lo tanto, una anciana con hábitos alimentarios anormales, un deseo de perder peso o controlarlo y una puntuación baja en el índice de masa corporal habría recibido el diagnóstico de trastorno alimentario no especificado, en lugar de anorexia nerviosa según las versiones anteriores del DSM (Lapid *et al.*, 2010).

Estudios recientes muestran que entre el 1,8 % y el 3,8 % de las mujeres mayores de 60 años que viven en la comunidad presentan indicios de padecer un trastorno alimentario (Mangweth-Matzek *et al.*, 2006), lo que sugiere que el riesgo de estos trastornos es para toda la vida. Con la limitada evidencia disponible, lo que se sabe sobre los trastornos alimentarios en la población anciana es que la anorexia nerviosa es la forma más común, el 60 % de las personas tienen afecciones psiquiátricas comórbidas adicionales y existe una tasa de mortalidad muy elevada del 21 % (Lapid *et al.*, 2010).

Los factores de riesgo para los TCA en adultos mayores pueden incluir cambios en la salud física y mental, como enfermedades crónicas, deterioro cognitivo, aislamiento social, pérdida de seres queridos, cambios en la imagen corporal debido al envejecimiento y cambios en la capacidad de comer y digerir los alimentos (Mangweth-Matzek *et al.*, 2006).

Los TCA pueden tener graves consecuencias para la salud física y mental en adultos mayores, incluyendo desnutrición, deterioro de la función cognitiva, osteoporosis, debilidad muscular, problemas cardíacos y depresión. Se cree que el pronóstico de la anorexia nerviosa en adolescentes es mejor que en adultos, con tasas de recuperación y cronicidad de la enfermedad más favorables en estudios con pacientes más jóvenes, y con una tasa de mortalidad más baja (Miller y Golden, 2010).

Se podría extrapolar, dada la limitada reserva física y la escasa capacidad para tolerar las secuelas de un tratamiento no tratado o tardío de los trastornos alimentarios, que las personas mayores tendrían un mayor riesgo de morbilidad y mortalidad en comparación con sus homólogos más jóvenes. Hewitt *et al.* (2015) examinaron más de 10 millones de muertes en Estados Unidos y observaron que la anorexia nerviosa fue la causa principal de muerte o una afección secundaria presente en el momento de la muerte (Hewitt *et al.*, 2001).

Se descubrió que la mayoría de las muertes por anorexia nerviosa se producían en personas de edad avanzada: el 10% en el grupo de 55-64 años, el 12% en el grupo de 65-74 años y el 28% en el grupo de 85 años o más. Esto sugiere que no solo pueden existir trastornos alimentarios en el grupo de mayor edad, sino que el riesgo de mortalidad y morbilidad en este grupo de edad es significativamente mayor (Zayed y Garry, 2017). Por lo tanto, el reconocimiento oportuno de los trastornos alimentarios entre los grupos de mayor edad parece ser de gran importancia.

Dado que diagnosticar los TCA en adultos mayores puede ser más complicado debido a la superposición de síntomas con otros problemas de salud comunes en esta población, resulta esencial que los profesionales de la salud estén capacitados para reconocer y tratar los TCA en adultos mayores de manera adecuada, brindando un enfoque integral que aborde tanto los aspectos médicos como psicológicos de estos trastornos (Zayed y Garry, 2017).

La enfermería tiene un papel fundamental en este ámbito, especialmente en los mayores institucionalizados, ya que recae sobre ella la responsabilidad de proporcionar cuidados básicos, prevenir alteraciones significativas y fomentar un estilo de vida activo y saludable en esta población. La comprensión de herramientas para identificar cambios en la autoimagen de los ancianos puede ser crucial para desarrollar estrategias de detección temprana de otros problemas que suelen pasar desapercibidos, como la depresión (Jeste, 2019).

Por todo ello, el objetivo de esta revisión es determinar el impacto real de los trastornos de la conducta alimentaria en personas mayores, revisando la evidencia científica disponible sobre los trastornos de la conducta alimentaria en población mayor de 65 años en instituciones de cuidados de larga duración y/o en viviendas destinadas al fomento de la vida independiente y su impacto en la salud.

4.2. Metodología

Diseño

Se ha seguido el diseño de una revisión rápida con metodología sistemática. Este tipo de revisión es una forma de síntesis de evidencia que sigue el proceso de una revisión sistemática en la cual algunos pasos son simplificados u omitidos para producir información en un periodo de tiempo más corto respecto a una revisión sistemática tradicional. Es una revisión que se centra en las partes más específicas relacionadas con el objetivo de la investigación (Sutton *et al.*, 2019). Para informar de los principales hallazgos de esta revisión, se siguieron las pautas de verificación establecidas en la guía Preferred Reporting Items for Systematic Reviews (PRISMA) –en su actualización de 2020–, adaptando algunos ítems debido al diseño de revisión elegido: revisión rápida (Page *et al.*, 2021).

Fuentes de información

La revisión ha sido llevada a cabo en cuatro bases de datos de gran relevancia internacional en el ámbito académico y clínico, como son: PubMed, CINAHL, Scopus y Web of Science.

Estrategias de búsqueda

La estrategia de búsqueda se ha desarrollado a partir de tres conceptos clave, los cuales estaban compuestos a su vez, por distintos términos. Los términos que constituyen cada uno de los conceptos utilizados fueron relacionados mediante el conector booleano OR, mientras que estos conceptos fueron relacionados entre sí utilizando el booleano AND.

La estrategia de búsqueda utilizada ha sido desarrollada utilizando tanto descriptores indexados propios de cada una de las bases de datos como terminología libre. Por tanto, las diferentes estrategias de búsqueda desarrolladas, en función de la base de datos escogida, pueden ser consultadas en la tabla 4.1. La fecha de realización de las estrategias de búsqueda fue el 11 de marzo de 2024.

Tabla 4.1. Estrategia de búsqueda

Base de datos	Estrategia	Resultados
PubMed	((Residential Facilities [MeSH Terms]) OR (Housing for the Elderly [MeSH Terms])) AND (Feeding and Eating Disorders [MeSH Terms]) AND (aged [MeSH Terms])	41
Scopus	((TITLE-ABS-KEY («Nursing Homes») OR (TITLE-ABS-KEY («Homes for the Aged»)) OR (TITLE-ABS-KEY («Group Homes»)) OR (TITLE-ABS-KEY («Assisted Living Facilities»)) OR (TITLE-ABS-KEY («Housing for the Elderly»)) OR (TITLE-ABS-KEY («Residential Facilities»))) AND (TITLE-ABS-KEY («aged»)) AND (TITLE-ABS-KEY («Feeding and Eating Disorders»))	13
Web of Science	((TS = («Residential Facilities»)) OR (TS = («Housing for the Elderly»)) OR (TS = («Assisted Living Facilities»)) OR (TS = («Group Homes»)) OR (TS = («Homes for the Aged»)) OR (TS = («Nursing Homes»))) AND (TS = («aged»)) AND (TS = («Feeding and Eating Disorders»))	0
Cinahl (Ebscohost)	(MH «Aged+») AND (MH «Eating Disorders+») AND ((MH «Residential Facilities+») OR (MH «Housing for Older Persons»))	28
Total de registros		82
Después de retirar duplicados		71

Fuente: elaboración propia.

Criterios de inclusión y exclusión

Para este estudio de revisión se han tenido en cuenta distintos criterios de inclusión y de exclusión, a saber:

- Criterios de inclusión (CIN):
 1. Estudios centrados en los TCA en personas de 65 años o más.
- Criterios de exclusión (CEX):
 1. Estudios que no aborden el objetivo del estudio.
 2. Estudio en poblaciones diferentes a la de interés o que no aporten datos específicos relativos al grupo de personas mayores.
 3. Estudios ubicados en centros/lugares diferentes a instituciones de cuidados de larga duración que provean ayuda y supervisión para la vida diaria (en ámbito médico/enfermería); como ejemplo, las residencias de ancianos, así como viviendas destinadas para fomentar la vida independiente de las personas mayores.

4. Idiomas diferentes a inglés o español.
5. Estudios a los que no se pueda acceder al texto completo.

Gestión y depuración de los datos

Para la gestión y la depuración de los resultados de la búsqueda, es decir, de las referencias bibliográficas obtenidas en cada una de las bases de datos consultadas, se ha utilizado el gestor de bibliografía Zotero 6.0.35.

De esta forma, en primer lugar, se eliminaron las referencias duplicadas (es decir, aquellas referencias provistas de forma repetida por distintas bases de datos); y en segundo lugar, se revisaron todas las citas obtenidas por su título y resumen, excluyendo aquellas que no cumplían claramente con los criterios de inclusión/exclusión. Así, las referencias que claramente coincidían con los criterios o las que resultaban dudosas fueron revisadas como texto completo para comprobar su adecuación real a los criterios de inclusión/exclusión.

Para esquematizar este proceso, se ha utilizado el diagrama de flujo de PRISMA (Page *et al.*, 2021) modificado y adaptado a los objetivos de la revisión presentada (figura 4.1).

Este proceso ha sido desarrollado por dos revisoras de forma independiente, mediando una tercera en los casos en los que no hubo acuerdo.

Evaluación de la calidad

Los estudios finalmente incluidos en la revisión han sido evaluados mediante la escala Newcastle de Ottawa (NOS) para estudios observacionales (Wells *et al.*, 2021). Se trata de una herramienta compuesta por ocho ítems divididos en: «selección de muestra» (4 ítems), «comparación» (1 ítem) y «resultados» (3 ítems), clasificando los estudios en: «bajo», «alto» o «riesgo de sesgo poco claro» (anexo 1).

Este proceso ha sido desarrollado por dos revisoras de forma independiente, mediando una tercera en los casos en los que no hubo acuerdo.

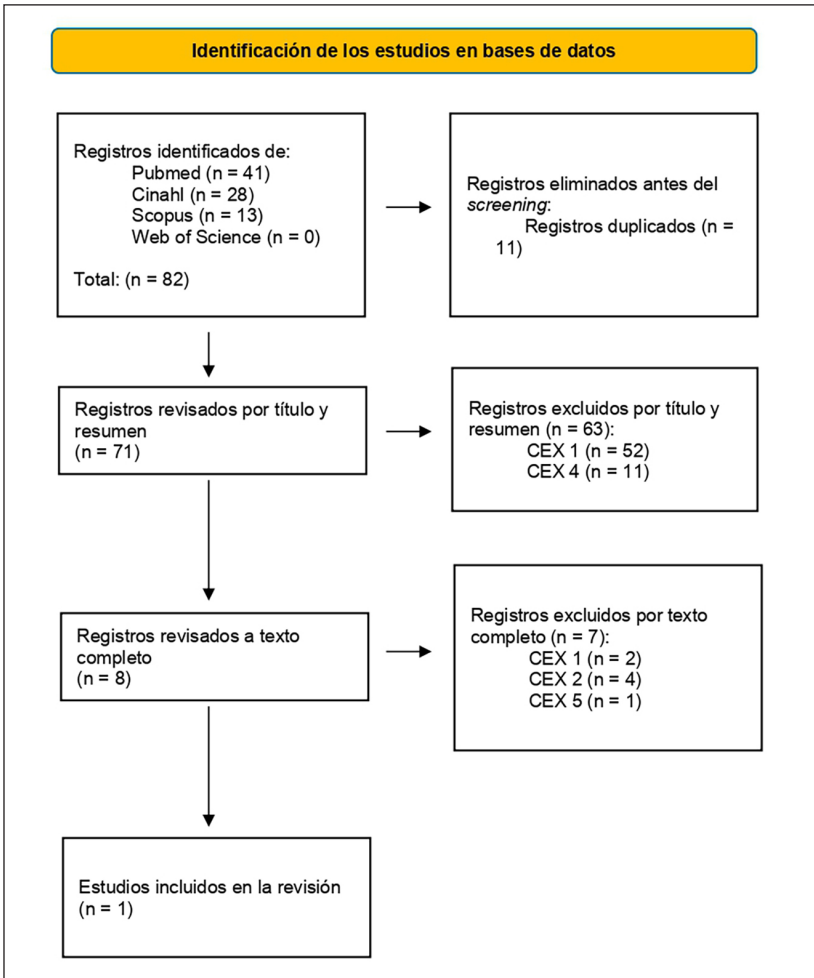


Figura 4.1. Diagrama de flujo PRISMA modificado. Fuente: Page *et al.* (2021).

Extracción de datos

Para la extracción de la información, y siguiendo las recomendaciones de Butler *et al.* (2016), se desarrolló una herramienta de extracción de datos específica adaptada a los objetivos planteados en la revisión. A través de esta herramienta, se recogió información relativa a dos aspectos principales: información descriptiva/bibliográfica de los artículos (autores, año, diseño, metodología, sujetos y ámbito de estudio) e información relativa a los

objetivos planteados en la revisión (resultados y conclusiones de los estudios).

Este proceso ha sido desarrollado por dos revisoras de forma independiente, mediando una tercera en los casos en los que no hubo acuerdo.

Síntesis de los datos

Teniendo en cuenta la variabilidad de los tipos de estudios obtenidos a partir de la estrategia de búsqueda (con su consecuente heterogeneidad metodológica), se planificó llevar a cabo la síntesis de la información obtenida a través de un análisis descriptivo de los estudios. Así, toda la información de interés se muestra, de forma sintética, en la tabla 4.2, donde se indica información relativa a: autoría, año de publicación, diseño/metodología de estudio, número de sujetos estudiados, ámbito de estudio y resultados y conclusiones más destacables.

Este proceso ha sido desarrollado por dos revisoras de forma independiente, mediando una tercera en los casos en los que no hubo acuerdo.

Tabla 4.2. Resumen sintético de los resultados

Autores (año)	Diseño Metodología	Sujetos	Ámbito	Resultados Conclusiones
Sarabia Cobo, 2012	Estudio de corte transversal y descriptivo	198 personas mayores de 65 años	Tres residencias de mayores (España)	Un 72,3% de los participantes manifestaron sentirse descontentos con su imagen corporal, siendo la mayoría de ese porcentaje un 86,5% de mujeres.

Fuente: elaboración propia.

4.3. Resultados y discusión

En el presente trabajo se presentan los resultados de la revisión de la literatura disponible sobre la prevalencia de TCA en personas mayores de 65 años en instituciones de cuidados de larga duración y/o en viviendas destinadas para el fomento de la vida independiente.

Tras la lectura completa de aquellos artículos cuya selección fuese dudosa tras la lectura por título y resumen, fueron excluidos siete artículos: cuatro, por ser investigaciones en poblaciones diferentes a las de interés (> 65 años); dos, por no abordar el objetivo de la presente revisión, y un estudio, por no poder acceder al texto completo (figura 4.1).

Únicamente se pudo incluir un estudio que proporcionó evidencia sobre el autoconcepto de imagen corporal en adultos mayores institucionalizados y su relación con problemas psiquiátricos como la depresión o la ansiedad (Sarabia Cobo, 2012).

Se trata de un estudio descriptivo en el que se estudió el autoconcepto de la imagen corporal y la prevalencia de trastornos psiquiátricos asociados en 198 mayores de 65 años procedentes de tres residencias. Para la evaluación del autoconcepto de la imagen corporal se empleó el cuestionario BSQ (*body shape questionnaire*), así como el test de siluetas. Asimismo, se llevó a cabo una revisión sistemática de la historia clínica para detectar problemas psiquiátricos asociados, como depresión, ansiedad o anorexia nerviosa.

Los hallazgos de este estudio mostraron una mayor insatisfacción con su imagen corporal entre las mujeres, tal y como se ha constatado previamente (Mangweth-Matzek *et al.*, 2006; Mangweth-Matzek *et al.*, 2014), y una mayor discrepancia entre su silueta actual y la ideal. Existen evidencias sobre las diferencias de género al abordar el estudio de la autoimagen y el envejecimiento. En otro estudio se observó que los hombres, en general, se sentían satisfechos con sus cuerpos, independientemente de su edad, respecto a las mujeres (Rodgers *et al.*, 2022; Seiffge-Krenke, 2007).

En cuanto a la asociación entre los problemas de distorsión de la imagen corporal y la depresión y la ansiedad, en este estudio se demostró que las personas presentaban una autopercepción negativa, y desean tener un cuerpo distinto, lo cual es consistente con trabajos previos (Gould *et al.*, 2016; Lenze, 2000; Mutz *et al.*, 2022).

Del mismo modo, aquellas personas más activas a través de actividades o ejercicio físico presentaron un mayor índice de satisfacción consigo mismos y están más satisfechos con su silueta, tal y como señalan otros autores (Bennett *et al.*, 2020; Pearce *et al.*, 2014). Ello podría deberse a la teoría del proceso de identidad, en el que el sentido de identidad del adulto está formado por la auto-percepción sobre su funcionamiento físico, psicológico y social. De este modo, se entiende que los adultos mayores que mantienen un

sentido de sí mismo consistente y realista durante todo el tiempo son más capaces de realizar ajustes psicológicos y conductuales a lo largo del proceso de envejecimiento. Estos sujetos, por lo tanto, estarán más motivados para practicar ejercicio físico de manera constante, mantienen una alimentación sana y equilibrada, presentan más recursos para compensar la pérdida de memoria y, en definitiva, para promover un autocuidado que favorece muy positivamente la autopercepción y las interacciones sociales (Ekwall *et al.* 2012).

Por otro lado, en cuanto a la calidad del estudio incluido en la presente revisión, este fue evaluado para comprobar su calidad metodológica, mostrando una puntuación de 4 sobre 10 puntos, con un alto riesgo de sesgo (anexo I). El análisis reportó una puntuación de 2/5 en la evaluación del riesgo de selección, teniendo en cuenta una representatividad muy baja de la muestra de población estudiada, la inexistencia de un cálculo muestral previo, así como no reportar la tasa de no respondedores y pérdida de muestra. En la sección de comparabilidad se obtuvo 0/2 puntos, ya que en el análisis estadístico no se ajustó por las variables de confusión pertinentes. Por último, en la sección de resultados se obtuvo una puntuación de 2/3, ya que, aunque se realizó una evaluación cegada e independiente por parte de los investigadores, la prueba estadística elegida no fue la apropiada.

Con respecto a las fortalezas y limitaciones, este estudio posee ambas casuísticas. Esta revisión tiene como principal fortaleza la exhaustividad metodológica empleada según las recomendaciones PRISMA (Page *et al.*, 2021).

La ecuación de búsqueda se ha desarrollado siguiendo la estrategia PICO abordando los elementos de la pregunta de investigación planteada. El cribado de los estudios recuperados en las diferentes bases de datos consultadas fue realizado por pares, así como el proceso de extracción y síntesis de datos del estudio finalmente incluido. Además, el análisis de la calidad del estudio mediante una herramienta validada como es la escala NOS aporta robustez a los resultados finalmente presentados.

No obstante, el presente estudio no está exento de ciertas limitaciones: en el proceso de búsqueda no se consultaron fuentes de literatura gris; en el proceso de cribado de los estudios recuperados se encontraron artículos que podrían ser interesantes y relevantes para el estudio, pero en idiomas no dominados por las autoras. Por otro lado, es importante señalar que, a la hora de

responder a la pregunta de investigación planteada, únicamente se han podido incluir los resultados de un trabajo, debido a que este estudio fue el único que se asemejaba, en cierto modo, a nuestro objetivo de estudio.

Por lo tanto, resulta de vital importancia que se desarrollen más investigaciones que ayuden a comprender mejor la prevalencia, los factores de riesgo, los síntomas y los tratamientos efectivos para los TCA en personas mayores en instituciones de cuidados de larga duración, así como en viviendas destinadas al fomento de la vida independiente con el fin de mejorar la detección temprana y la atención integral de este problema en este grupo de edad.

4.4. Conclusiones

Una vez realizado todo el proceso de revisión, se obtuvo únicamente un estudio que se ajustara a los criterios de inclusión/exclusión previamente establecidos. Dicho estudio se centraba en el autoconcepto de la imagen corporal y su relación con problemas psiquiátricos. Este estudio, además, obtuvo una puntuación de 4 sobre 10 puntos en la escala NOS, teniendo un alto riesgo de sesgo. De este modo, podemos concluir que actualmente parece haber poca evidencia disponible y de poca calidad sobre este tema, lo que hace inadecuado el establecimiento de conclusiones sólidas y fiables.

Bibliografía

- American Psychiatric Association (2018). *Manual estadístico diagnóstico de los trastornos mentales DSM-5* (5.ª ed.). Médica Panamericana. <https://www.federaciocatalanadah.org/wp-content/uploads/2018/12/dsm5-manualdiagnosticoestadisticodelostrastornosmentales-161006005112.pdf>
- Arija Val, V., Santi Cano, M. J., Novalbos Ruiz, J. P., Canals, J. y Rodríguez Martín, A. (2022). Characterization, epidemiology and trends of eating disorders. *Nutrición Hospitalaria*. <https://doi.org/10.20960/nh.04173>
- Bennett, E. V., Hurd, L. C., Pritchard, E. M., Colton, T. y Crocker, P. R. E. (2020). An examination of older men's body image: how men 65

- years and older perceive, experience, and cope with their aging bodies. *Body Image*, 34, 27-37. <https://doi.org/10.1016/j.bodyim.2020.04.005>
- Butler, A., Hall, H. y Copnell, B. (2016). A guide to writing a qualitative systematic review protocol to enhance evidence-based practice in nursing and health care. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 13 (3), 241-249. <https://doi.org/10.1111/wvn.12134>
- Castelpietra, G., Knudsen, A. K. S., Agardh, E. E., Armocida, B., Beghi, M., Iburg, K. M., Logroscino, G., Ma, R., Starace, F., Steel, N., Addolorato, G., Andrei, C. L., Andrei, T., Ayuso-Mateos, J. L., Banach, M., Bärnighausen, T. W., Barone-Adesi, F., Bhagavathula, A. S., Carvalho, F. *et al.* (2022). The burden of mental disorders, substance use disorders and self-harm among young people in Europe, 1990-2019: findings from the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet Regional Health. Europe*, 16, 100341. <https://doi.org/10.1016/j.lanep.2022.100341>
- Gould, C. E., O'Hara, R., Goldstein, M. K. y Beaudreau, S. A. (2016). Multimorbidity is associated with anxiety in older adults in the Health and Retirement Study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 31 (10), 1105-1115. <https://doi.org/10.1002/gps.4532>
- Hewitt, P. L., Coren, S. y Steel, G. D. (2001). Death from anorexia nervosa: age span and sex differences. *Aging & Mental Health*, 5 (1), 41-46. <https://doi.org/10.1080/13607860020020636>
- Jeste, D. V. (2019). Frailty and mental health: association with cognition, sleep, and well-being in older adults. *International Psychogeriatrics*, 31 (06), 755-757. <https://doi.org/10.1017/S1041610219000863>
- Lapid, M. I., Prom, M. C., Burton, M. C., McAlpine, D. E., Sutor, B. y Rumman, T. A. (2010). Eating disorders in the elderly. *International Psychogeriatrics*, 22 (4), 523-536. <https://doi.org/10.1017/S1041610210000104>
- Lenze, E. J. (2000). Comorbid anxiety disorders in depressed elderly patients. *American Journal of Psychiatry*, 157 (5), 722-728. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.5.722>
- Mangweth-Matzek, B., Hoek, H. W., Rupp, C. I., Lackner-Seifert, K., Frey, N., Whitworth, A. B., Pope, H. G. y Kinzl, J. (2014). Prevalence of eating disorders in middle-aged women. *International Journal of Eating Disorders*, 47 (3), 320-324. <https://doi.org/10.1002/eat.22232>
- Mangweth-Matzek, B., Rupp, C. I., Hausmann, A., Assmayr, K., Mariacher, E., Kemmler, G., Whitworth, A. B. y Biebl, W. (2006). Never too old for eating disorders or body dissatisfaction: a community study of elderly women. *International Journal of Eating Disorders*, 39 (7), 583-586. <https://doi.org/10.1002/eat.20327>

- Miller, C. A. y Golden, N. H. (2010). An introduction to eating disorders. *Nutrition in Clinical Practice*, 25 (2), 110-115. <https://doi.org/10.1177/0884533609357566>
- Mutz, J., Hoppen, T. H., Fabbri, C. y Lewis, C. M. (2022). Anxiety disorders and age-related changes in physiology. *The British Journal of Psychiatry*, 221 (3), 528-537. <https://doi.org/10.1192/bjp.2021.189>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S. *et al.* (2021). The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, 71. <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Pearce, G., Thøgersen-Ntoumani, C. y Duda, J. (2014). Body image during the menopausal transition: a systematic scoping review. *Health Psychology Review*, 8 (4), 473-489. <https://doi.org/10.1080/17437199.2013.848408>
- Rodgers, R. F., Berry, R. A. y Laveway, K. (2022). Body image concerns and disordered eating among older women: identifying variables of interest for integrated models. *International Journal of Eating Disorders*, 55 (7), 886-891. <https://doi.org/10.1002/eat.23685>
- Sarabia Cobo, C. M. (2012). La imagen corporal en los ancianos: estudio descriptivo. *Gerokomos*, 23 (1), 15-18. <https://doi.org/10.4321/S1134-928X2012000100003>
- Seiffge-Krenke, I. (2007). Depression bei Kindern und Jugendlichen: Prävalenz, Diagnostik, ätiologische Faktoren, Geschlechtsunterschiede, therapeutische Ansätze. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 56 (3), 185-205. <https://doi.org/10.13109/prkk.2007.56.3.185>
- Sutton, A., Clowes, M., Preston, L. y Booth, A. (2019). Meeting the review family: exploring review types and associated information retrieval requirements. *Health Information & Libraries Journal*, 36 (3), 202-222. <https://doi.org/10.1111/hir.12276>
- Wells, G. A., Shea, B., O'Connell, D., Peterson, J., Welch, V., Losos, M., *et al.* (2021). *The Newcastle-Ottawa Scale (NOS) for assessing the quality of nonrandomized studies in meta-analyses*. https://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/oxford.asp
- Zayed, M. y Garry, J. P. (2017). Geriatric anorexia nervosa. *The Journal of the American Board of Family Medicine*, 30 (5), 666-669. <https://doi.org/10.3122/jabfm.2017.05.170182>

Anexo I. Evaluación del riesgo de sesgo¹

Selección (máximo 5 puntos):

1. Representatividad de la muestra:
 - a) Verdaderamente representativa del promedio en la población objetivo* (todos los sujetos o muestreo aleatorio).
 - b) Algo representativa del promedio en la población objetivo (muestreo no aleatorio).
 - c) Grupo seleccionado de usuarios.
 - d) Sin descripción de la estrategia de muestreo.
2. Tamaño de la muestra:
 - a) Justificado y satisfactorio.
 - b) No justificado.
3. No respondedores:
 - a) Se establece la comparabilidad entre las características de los que respondieron y los que no, y la tasa de respuesta es satisfactoria.
 - b) La tasa de respuesta es insatisfactoria, o la comparabilidad entre los que respondieron y los que no es insatisfactoria.
 - c) Sin descripción de la tasa de respuesta o de las características de los que respondieron y los que no.
4. Determinación de la exposición (factor de riesgo):
 - a) Herramienta de medición validada.
 - b) Herramienta de medición no validada, pero disponible o descrita.
 - c) Sin descripción de la herramienta de medición.

Comparabilidad (máximo 2 puntos):

Los sujetos en diferentes grupos de resultados son comparables, según el diseño del estudio o el análisis. Se controlan los factores de confusión.

- a) El estudio controla el factor más importante (seleccionar uno).
- b) El estudio controla cualquier factor adicional.

1. Fuente: Wells, G. A., Shea, B., O'Connell, D., Peterson, J., Welch, V., Losos, M., et al. (2021). *The Newcastle-Ottawa Scale (NOS) for assessing the quality of nonrandomized studies in meta-analyses*. https://www.ohri.ca/programs/clinical_epidemiology/oxford.asp

Resultado (máximo 3 puntos):

1. Evaluación del resultado:
 - a) Evaluación ciega independiente.
 - b) Vinculación de registros.
 - c) Autoreporte.
 - d) Sin descripción.
2. Prueba estadística:
 - a) La prueba estadística utilizada para analizar los datos está claramente descrita y es apropiada, y se presenta la medición de la asociación, incluidos los intervalos de confianza y el nivel de probabilidad (valor p).
 - b) La prueba estadística no es apropiada, no está descrita o es incompleta.

Juan Ciudad: S. Juan de Dios. Cuidando a los demás

M. MILAGROSA OLMEDO-ALGUACIL

Departamento de Enfermería, Campus de Ceuta, Universidad de Granada

ROSA FUENTES ROSAS

Hospital INGESA de Ceuta

INMACULADA PÉREZ CONDE

MARÍA GÁZQUEZ LÓPEZ

LETICIA ALVARADO OLMEDO

Departamento de Enfermería, Campus de Ceuta, Universidad de Granada

Resumen

Juan Ciudad –o S. Juan de Dios en la Iglesia católica– se presenta como un hombre que crea un estilo de trabajo propio, a través de su reconocimiento al otro, de su religiosidad y de lo aprendido con los Jerónimos –en el hospital que regentaban en Guadalupe–, atendiendo al empirismo y la observación como parte fundamental de su trabajo. Si se observan los viajes que marcan su trayectoria y su vida, podemos pensar que le dieron una visión global de diferentes problemas enfocados al cuidado: social y enfermero. Se considera que esta filosofía humanista del cuidado concreta acciones que se pueden entroncar como teoría de alcance intermedio, pues se fundamenta en la concreción de las acciones a los cuidados, además de responder a las premisas y presunciones que se deben disponer en una teoría de este tipo.

Palabras clave: Juan de Dios, teorías enfermeras, cuidados.

5.1. Patronos y su asociación con los diferentes trabajos

En países con tradición cristiana ha existido el patrón protector desde la Edad Media. Parece que se escogía una figura religiosa que hubiera tenido relación, por su trabajo, con el gremio que lo elegía. Así aparecen los patronos religiosos en determinadas profesiones (Espinach, 2014).

Sin embargo, en la enfermería española, la aparición del patrón fue muy posterior, debido a diferentes causas, la principal es que había diferencia entre los oficios (no gremiales) y los gremios. En el caso que nos ocupa se dedicaban al arte de cuidar y se consideraban oficios (Gallardo Moraleda, 2020).

Desde 1930, el patrón de la enfermería S. Juan de Dios. Previamente, en 1886 fue nombrado, junto a S. Camilo de Lellis, patrón de los hospitales y de los enfermos (Avila, *et al.*, 2022).

Actualmente España es un país aconfesional y con un laicismo marcado. Sin embargo, en casi todos los colegios profesionales siguen celebrando el patrón o patrona. Celebrar ese día ha perdido en gran parte la connotación religiosa por el que se creó, pero no por ello deja de ser un día en el que para la enfermería celebrar que Juan Ciudad creó un modelo de cuidados vocacional-humanista-caritativo, con el que se desarrolló escuela en muchas partes del mundo, sigue siendo importante e influyente, pues sus modos y formas de cuidar han llegado hasta nuestros días.

A Juan Ciudad se le considera un «precursor de la enfermería moderna», ya que provocó un cambio de paradigma en la realización de los cuidados que se realizaban hasta ese momento. Estos cambios fueron desarrollados por los hermanos que se establecen como orden posteriormente, creando una enfermería humana-humanista (Gallardo Moraleda, 2020). El cuidado para Juan Ciudad, desarrollado principalmente en la ciudad de Granada, es para él una cuestión de fe; sigue unas creencias religiosas que lo impulsan a la bondad y al cuidado en su búsqueda de la cercanía a Dios, creando ese modelo de cuidados que provoca un cambio que posteriormente es recogido por la congregación que se funda con su nombre religioso y se mantiene en algunos países de América del Sur e Italia, regresando a España con todo un desarrollo documental de trabajo y formas de hacer.

Estas formas de hacer empezaron a formarse en Juan Ciudad en el Monasterio de Guadalupe, en donde fue enviado por S. Juan de Ávila para su aprendizaje (Fernandes de Freitas y Siles González, 2008)

5.2. Viajes de Juan Ciudad y creación de una escuela

Hoy conocemos que nació en un pequeño pueblo de Portugal. Resulta curioso que en la Real Academia de la Historia Española aún figure que nació en Casarrubios del Monte (Toledo); sin embargo, hoy sabemos que su pueblo de nacimiento fue Montemor-o-Novo, parece ser que el 8 de marzo de 1495. Siendo aún un niño, parte hacia España, según diferentes versiones de esta partida, algunas noveladas y otras más historiográficas.

Sí existe el acuerdo entre sus biógrafos de que vivió en la villa de Oropesa en Toledo, donde trabajó como mayordomo, pastor, criado... Al leer las diferentes biografías, vemos diversos enfoques, sobre todo de cara a lo que fue el proceso de beatificación (Amezcuza, 2022; García Sánchez, 2020; Sevilla Segovia, 2013).

En tiempos de Carlos I, rey de España, el pastor Juan entra en combate a las órdenes de su majestad en dos ocasiones diferentes. La primera en una contienda en Fuenterrabia, actual Hondarribia, donde cae gravemente herido y además es condenado a la horca, acto que le conmutaron, al parecer por acción de un noble, como recoge un siglo más tarde Lope de Vega (Abellaneda Millán, 2022; Ávila-Olivares *et al.*, 2022). En este punto podemos encontrar otro baile de fechas, dependiendo del historiador (Iribarren y Pacios, 2016), ya que en el año 1523 Carlos V fue coronado como rey de Navarra, por lo que Juan Ciudad debió de alistarse cuando el rey quiso entrar en Francia (Nabarralde, 2023).

El segundo gran viaje a la guerra, siendo también Carlos V emperador, fue a Viena, donde de nuevo encontramos algunas fechas contradictorias –debemos entender que muchos archivos a lo largo del tiempo se han perdido, muchas veces por los procesos bélicos, las barbaries, los incendios, etc.–. Más tarde regresa a España de esta contienda entrando por las costas gallegas, de allí va a su tierra y, al no encontrar a nadie de su familia, vuelve a Toledo.

Al parecer, los viajes a las contiendas le marcan un modo de ver al otro, la alteridad le hace fuerte y reconoce en cada uno algo que busca y no sabe gestionar.

Otro viaje que debió marcarle –esta vez, en busca de la religiosidad– fue el que hace hasta Ceuta. Cuando llegó Juan Ciudad solo contaba con escasos 12 km, la frontera no existía como la conocemos hoy en día y se situaba al borde de las Murallas Reales, de las que aún quedan partes muy destacadas y poseen vestigios de diferentes culturas, asentamientos y épocas.

La llegada a Ceuta no fue debida a su condición portuguesa, sino a su religiosidad. Aunque tampoco está claro el año en el que estuvo, los cronistas y biógrafos lo sitúan entre 1530 y 1533. Consta que permaneció en la ciudad alrededor de nueve meses y trabajó como obrero en la construcción de lo que se conoce como Foso de la Almina.

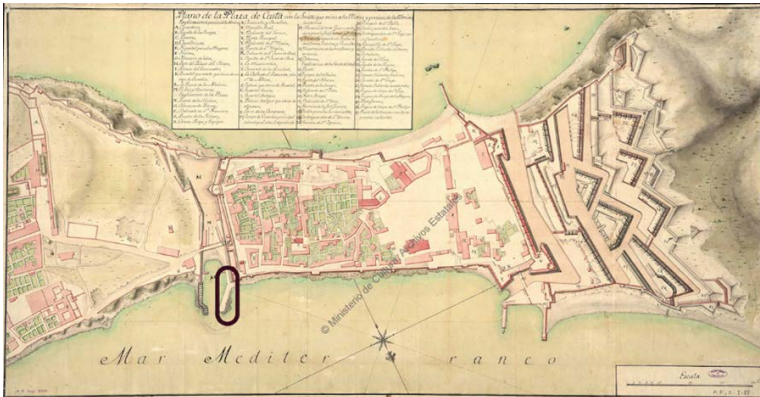


Figura 5.1. En este mapa se puede ver parte de lo que era Ceuta en el siglo XVII. Falta la imagen del Monte Hacho, que quedaría a la izquierda de la imagen. A la derecha, en una zona que se ve como borrosa, está el Campo exterior, hoy perteneciente a Ceuta. La dimensión de la ciudad era la misma que en el siglo XVI. Se ha señalado en negro lo que sería el baluarte de S. Juan de Dios y donde se encontraba la ermita que llevaba su nombre.

Foto cedida por Gabriel M.^º Fernández Ahumada. Consejería de Educación y Cultura, Sección de Patrimonio Cultural, Ciudad Autónoma de Ceuta.

La parte de la ciudad que queda entre los dos fosos: el navegable a la derecha de la imagen y el seco a la izquierda, es un istmo natural de la ciudad, donde se encontraba la ciudad habitada en la época en la que llegó el singular patrón de la enfermería.

Sabemos que Juan Ciudad Duarte estuvo en Ceuta –de eso parece que no hay duda–, ya que hay datos de esta estancia en la ciudad. Aparece en diversas biografías. Destaca la que escribe Francisco de Castro en el año 1584, solo 51 años después del fallecimiento de Juan Ciudad. Otra obra con impronta, con más tintes religiosos, es la escrita por el hermano de la orden juandiana, José Luís Martínez, en la que recoge que la llegada a Ceuta del santo se produce en el año 1533. Mariano Tomás escribe un libro titulado *San Juan de Dios, o la caridad heroica*, en el que fundamenta su novela en el biógrafo Gabriel de León y en documentos portugueses, donde se recogen diferentes datos. Cabe destacar que algunos de estos documentos hoy están perdidos o pendientes de búsqueda o reubicación.

Algunos de estos legajos se apoyan en el periodo en el que se realizan los estudios para la posterior canonización cuyo auto comienza en el año 1666 (faltarían aún dos años para que en 1668 Felipe IV reconozca el reino de Portugal y a Ceuta, la españolidad). En el proceso se realizaron entrevistas a diferentes testigos, los cuales recogen testimonios orales que habían llegado hasta ellos desde diferentes personas (Gómez Barceló, 1997; Sevilla Segovia, 2013).



Figura 5.2. En esta foto (1900) se puede ver parte del baluarte de S. Juan de Dios y la ermita que se construye hacia 1657 en el muelle que recogían las pateras de venta de pescado. Esta ermita desaparece en el año 1913, al igual que este muelle, ya que en esa época empiezan las obras de parte del actual puerto de Ceuta. Foto cedida por Gabriel M.^a Fernández Ahumada. Consejería de Educación y Cultura, Sección de Patrimonio Cultural, Ciudad Autónoma de Ceuta.

En ese periodo, Ceuta es una ciudad portuguesa donde se están construyendo o fortaleciendo parte de las murallas que fortificaban la ciudad, creando, además, el foso seco del que se ha hablado y en el que trabajó y vivió S. Juan de Dios. Diferentes relatos apuestan por que vivió donde se abrió la ermita en el 1657; otros apuntan que vivió en la parte trasera de la casa de un portugués que fue desterrado junto a su familia, al que S. Juan ayudaba con el sueldo que ganaba.

Esta zona ha sufrido diferentes modificaciones a lo largo del tiempo, y de aquello solo queda el recuerdo que se recoge en las notas de beatificación, en alguna crónica social y libros en diferentes momentos. Como muestra de esto, en la revista *El Mundo: Revista Semanal de Política Exterior y Economía*, en su número 515, editado el 19 de marzo de 1950, en sus páginas centrales se publica un artículo sobre S. Juan de Dios en su «etapa africana» (lo especifican de este modo), donde se recoge parte de su vida y, por ende, el tiempo que estuvo en Ceuta.



Figura 5.3. Lo señalado en rojo es donde se supone que se debió ubicar la ermita. Lo señalado en celeste es parte del techo del mercado de abastos; en su parte inferior, aún se conserva el foso que conecta las dos bahías. En esta zona estuvo trabajando como peón en la construcción del foso, y en la zona de la ermita parece que estuvo viviendo en pésimas condiciones.

Foto cedida por Gabriel M. Fernández Ahumada. Consejería de Educación y Cultura, Sección de Patrimonio Cultural, Ciudad Autónoma de Ceuta.

Las crónicas que se han escrito siempre notificaban que Juan Ciudad viajó desde Gibraltar y volvió hasta Gibraltar (en ese momento era territorio español), lo cual tiene sentido, ya que Algeciras fue devastada mucho antes, tardando en recuperarse como ciudad, donde los puertos más influyentes de esta zona del estrecho fueron los de Tarifa y Gibraltar en su comunicación con Ceuta.

Si parece que esa salida de Ceuta a la península tuviera que ver con un compañero, amigo de expedición o coincidentes en la ciudad, no hay una documentación que testifique una cosa u otra. Este amigo parece que cruzó la frontera hacia territorios de religión musulmana.

En un libro de la vida de S. Juan de la colección Historias de Santos, resulta curioso cómo se novela su vida y se incluye el periodo en el que estuvo en Ceuta cuatro siglos antes de la edición. Si el contenido es relevante por lo que en él se plasma, más curioso resulta que sea un libro que viniera de la biblioteca pública de Tetuán en su época de protectorado, atestiguado por el sello de pertenencia.

Una vez en Gibraltar, marcha hacia Granada. En esta ciudad –que en este momento histórico debe ser un gran centro multicultural– vuelve a coincidir con S. Juan de Ávila, quien le propone que si quiere dedicarse al cuidado vaya al Monasterio de los Jerónimos en Guadalupe.

En esta marcha que realiza a Guadalupe (Cáceres, España) para el aprendizaje de enfermero, nos volvemos a encontrar alguna discrepancia en cuanto a las fechas, ya que algunos autores lo sitúan hacia 1534 y otros hacia 1539. En cualquier caso, en este tiempo se prepara como hermano hospitalero: conoce cómo se conforma un hospital, las partes en las que se dividía, los tipos de trabajadores y a las personas que atendían con el fin de que todo fuera adecuado al uso. Con estas ideas parte de nuevo a Granada y es donde forma su itinerancia hacia el cuidado juanediano, creando un nuevo modelo de cuidados.

5.3. Teoría media de cuidados

El enfoque humanista de Juan Ciudad se fundamenta en el trabajo que realiza con los pacientes-indigentes que llegaban a su

«casa». Él cumplía con «el cuidado» desde un prisma de ayuda al prójimo; la alteridad es reconocida en forma de persona que es grata a Dios. Es imposible no hablar de la espiritualidad que lleva a este hombre a trabajar de una forma tan peculiar.

Este cuidado es una parte esencial de lo que necesitamos para la conformación actual del metaparadigma del enfermero, así como de los cuidadores que trabajaban en el concepto de salud de la época en un entorno seguro que él buscaba para quienes lo necesitaban. De esta forma, a través de las obras de misericordia, llegaba a completar lo que se denominaron posteriormente «necesidades básicas humanas» (Muñoz Devesa *et al.*, 2023).

Fernandes de Freitas y Siles González (2008) indican que el siglo XVI es el momento en que se estructuran los hospitales, hay un cambio en las políticas de ayuda y aparece el hospital moderno. Juan Ciudad vivió en esta época y en este tránsito hospitalario, que no vio culminar, sabiendo unir su religiosidad y espiritualidad a través de los cuidados con este hospital moderno que va cambiando la organización y el armazón de lo que se conocía hasta el momento, pero aun así en sus primeras casas no existe la diferencia entre el enfermo y los demás. Como hemos expuesto, Juan se forma en el quehacer como enfermero en el hospital gestionado por los Jerónimos en Guadalupe. Resulta singular que alguien que no tenía una formación normalizada esbozara sus principios de cuidados y a través del tiempo se fuera escribiendo la filosofía de su «cuidado». Las cartas que Juan Ciudad envía a determinados señores y peticiones a la Corte española, situada en ese momento en Valladolid, donde llega a ser recibido, nos presentan a una persona humilde con la suficiente energía para luchar por lo que cree y por el amor al otro, así como el sacrificio personal que realizaba con el fin de que los objetivos del cuidado fueran completos (Piles Ferrando, 2006).

El sistema que nos propone es un modelo que hoy no se podría transportar a un hospital contemporáneo en los países del primer mundo, porque en aquel momento aún se trabaja con personas sin hogar, enfermos, diferentes, menesterosos y pobres, como si todos fueran uno. Mientras tanto, Juan Ciudad crea en Granada el primer hospital en el que va conformando un sistema de atención a la diversidad, un sistema de cuidados humanista que da respuesta a un problema social de ese momento (Oñate Tenorio y Oñate Tenorio, 2013).

Podemos afirmar que Juan Ciudad se fundamentaba en lo que posteriormente se llamó empirismo y en la observación sin un fin científico y quizás no reglado, porque su trabajo así lo demuestra. Sin embargo, visto con los ojos de hoy, se pueden analizar sus trabajos desde el prisma empirista.

Aquí se puede asumir lo expresado por Gale (1979) recogido en el libro *Teorías y modelos de enfermería*, en el que se nos dice: «La visión empirista se basa en la idea central de que el conocimiento solo puede derivarse de una experiencia sensorial» (Alligood, 2018).

No obstante, a este empirismo debemos añadir, además de la observación, algo más. Algunos, los religiosos, dirían que la fuerza de Dios, aunque un análisis científico no se debe valorar según la autoridad o a la fe. Esto nos lleva a la discusión de cuál es ese factor o grupo de factores que hizo que cambiara la visión del cuidado a partir de la filosofía juandediana,

Si las filosofías son precursoras de modelos y teorías, no podemos llegar a mucho más de lo expuesto por los estudiosos del trabajo realizado por Juan Ciudad, pero si, además de presunciones filosóficas y el empirismo de antaño se da el valor al propio sistema de valores que utilizaba, estamos ante una teoría intermedia de cuidados dentro del humanismo, aunque estuviera basada en creencias religiosas.

Si seguimos la definición de teoría intermedia (Alligood, 2018), podríamos entroncar la forma del cuidado de S. Juan en ella, ya que cumpliría alguna de sus presunciones: se basa en concreciones, se obtendrían resultados en la práctica y, además, ofrece sus propias características de situaciones enfermeras.

Bibliografía

- Abellaneda Millán, M. (2022). Fuenterrabía: el soldado en busca de un incierto destino. *Temperamentvm*. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-211976>
- Alligood, M. R. (2018). *Modelos y teorías en enfermería*. Elsevier Health Sciences.
- Amezcu, M. (2022). La Oropesa que apacentó la personalidad de un renovador. *Temperamentvm*, 18. <https://doi.org/10.58807/tmptvm20224917>

- Ávila, J. A., Martínez, J. C., Tirado, J. J., Pinedo, M. T., Nogales, A., Real, A. y Yáñez, M. R. (2022). S. Juan de Dios. *Patrono de la Enfermería Española*. Academia de Enfermería de la Comunitat Valenciana.
- Ávila-Olivares, J. A., Amezcua, M., Ávila-Olivares, J. A. y Amezcua, M. (2022). Paisajes y paisanajes del enfermero Juan de Dios. Los itinerarios geográficos que forjaron la personalidad de un reformador hospitalario. *Temperamentvm*, 18. <https://doi.org/10.58807/tmpvm20224925>
- Espinach, G. N. (2014). las cofradías medievales en España. *Archivo Histórico*, 396.
- Fernandes de Freitas, G. y Siles González, J. (2008). Antropología y cuidados en el enfoque de S. Juan de Dios. *Índex de Enfermería*, 17 (2), 144-148.
- Gallardo Moraleda, C. (2020). San Juan de Dios, patrón de los enfermeros españoles. *Archivo Hospitalario*, 18, 185-210.
- García Sánchez, J. (2020). *San Juan de Dios en el Señorío de Oropesa*. <https://www.cofradiainternacionaldeinvestigadores.com/wp-content/uploads/2014/06/Cap-7-4.pdf>
- Iribarren, V. E. y Pacios, R. T. Y. (2016). Bastión y ciudad: Los proyectos para las fortificaciones de Fuenterrabía a finales del siglo XVI. *Revista Electrónica de Historia Moderna*, 8 (32),.
- Muñoz Devesa, A., Morales-Moreno, I., Bermejo Higuera, J. C. y Galán González-Serna, J. M. (2023). Los cuidados enfermeros de san Juan de Dios según el modelo de las necesidades humanas de Henderson. *Cultura de los Cuidados*, 67. <https://doi.org/10.14198/cuid.22525>
- Nabarralde (2023, 1 de febrero). La toma de Hondarribia en 1524, el último bastión Navarro. *Nabarralde*. <https://nabarralde.eus/la-toma-de-hondarribia-en-1524-el-ultimo-bastion-nabarro/>
- Oñate Tenorio, M. D. L. S. y Oñate Tenorio, A. (2013). San Juan de Dios, la implementación de una cultura de cuidados. *Cultura de los Cuidados. Revista de Enfermería y Humanidades*, 17 (36), 44-49. <https://doi.org/10.7184/cuid.2013.36.05>
- Piles Ferrando, P. (s. f.). *Cartas de san Juan de Dios*. Fundación Juan de Dios. <https://www.ohsjd.org/Resource/CARTASSANJUANDEDIOSOK.pdf>
- Sevilla Segovia, A. (2013). *San Juan de Dios, su impronta y legado en la ciudad de Ceuta*.

PARTE III. METODOLOGÍA MIXTA

¿Es útil la metodología mixta en investigaciones en salud?

LETICIA ALVARADO OLMEDO

TERESA PARDO MORENO

Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud de Ceuta,
Universidad de Granada

JUAN JOSÉ RAMOS RODRÍGUEZ

Departamento de Fisiología, Facultad de Ciencias de la Salud de Ceuta,
Universidad de Granada

Resumen

Los diseños de trabajos de investigación en ciencias de la salud han seguido tradicionalmente una metodología cuantitativa. Con la aparición de técnicas cualitativas en la investigación surgieron dudas acerca de la fiabilidad y validez de estos métodos en la investigación en salud. El debate sobre la idoneidad metodológica de los métodos cuantitativos sobre los cualitativos ha ocupado buena parte de la producción científica de los trabajos en salud; sin embargo, con el tiempo los trabajos con metodología cualitativa han demostrado poseer niveles de fiabilidad similares a los cuantitativos. En este trabajo se analizará la producción científica más reciente para mostrar cómo la metodología mixta de investigación puede dar respuesta al debate entre cuantitativistas y cualitativistas. La metodología mixta puede ser especialmente útil en la investigación de problemas de salud que presentan múltiples dimensiones, como sucede con la obesidad y trastornos de la alimentación relacionados con la imagen corporal. La metodología mixta se ha mostrado como una herramienta eficaz al permitir una aproximación más integral al problema de investigación, conjugar en un mismo diseño las ventajas de los métodos cuantitativos y cualitativos y mejorar la triangulación en la obtención de los datos.

Palabras claves: metodología mixta, métodos cualitativos, métodos cuantitativos, triangulación de datos, obesidad.

6.1. La falacia del enfrentamiento cuantitativo/cualitativo

La investigación en ciencias de la salud ha empleado tradicionalmente la metodología cuantitativa, que ha sido la referencia al considerar que proporcionaba resultados con mayor fiabilidad y validez, así como un mejor rigor metodológico que los métodos cualitativos. El progresivo aumento de trabajos que utilizan una metodología cualitativa para investigar problemas de salud ha conseguido que esta metodología se haya ganado un prestigio equivalente a los métodos cuantitativos en las investigaciones de salud. Esto quedó demostrado tras una revisión de la producción científica en salud con diseños de investigación cualitativos, indexada en el Índice Médico Español que puso en evidencia el aumento en la producción de este tipo de estudios en nuestro país, principalmente en revistas de enfermería, atención primaria, salud pública y gestión de los cuidados (Zarco *et al.*, 2019).

La progresiva polarización entre los enfoques *cuanti/cuali* se ha intensificado entre los partidarios de una u otra metodología de investigación. Esta polarización, como señalaba Karen Henwood (2004) es hipercrítica, encorseta el trabajo de la investigadora y bloquea la posibilidad de encontrar nuevos caminos para reinventar las formas de conocimiento.

La disyuntiva *cuanti/cuali* ha demostrado ser falsa; ambas no son sino formas distintas de acceso a la realidad que se quiere estudiar, y numerosos trabajos han puesto de manifiesto que, en las ciencias de la salud que históricamente y de forma mayoritaria ha utilizado métodos cuantitativos, los métodos cualitativos han demostrado la misma fiabilidad y validez

6.2. La aparición de los métodos mixtos de investigación

Comenzado el siglo XXI, observamos una tendencia cada vez mayor en áreas de ciencias de la salud de unir ambos paradigmas, cualitativos y cuantitativos, en los trabajos de investigación en un nuevo enfoque en ocasiones denominado enfoque integrado

multimodal, pero que es más conocido como enfoque mixto, o metodología mixta de investigación (Creswell y Creswell, 2023; Mertens, 2005; Salgado, 2007).

En investigación, los métodos mixtos se pueden definir como cualquier combinación de metodologías que incorporan diseños de investigación y técnicas de recogida y análisis de datos cuantitativos y cualitativos con tres condiciones (Pluye, 2020):

- Combina al menos un método cuantitativo y un método cualitativo. Por ejemplo, medidas antropométricas, aplicación de cuestionarios validados y entrevistas semiestructuradas.
- Cada método se aplica rigurosamente siguiendo la tradición y las reglas metodológicas correspondientes.
- Ambos métodos se integran en alguna de las fases del proceso de investigación. Los problemas abordados en las investigaciones en ciencias de la salud suelen ser complejos y multidimensionales, por lo que el empleo de métodos cualitativos o cuantitativos, por sí solos, son insuficientes para abarcar la totalidad del problema. El uso combinado de técnicas cuantitativas y cualitativas proporciona una mejor comprensión del problema de investigación.

En los métodos mixtos, Creswell (2023) distinguía dos formas de recogida de los datos, denominadas: secuencial y simultánea. En los métodos mixtos secuenciales, los datos se recogen primero en una fase cualitativa o cuantitativa, según corresponda, y los resultados de la primera fase determinarán la selección muestral y recogida de datos de la segunda fase. En un método simultáneo, los datos se recogen de forma independiente en una fase cuantitativa y otra cualitativa, que pueden coincidir o no en el tiempo. Este diseño con fases independientes de recolección se denomina también concurrente, cuando el peso de ambas fases sea similar. Por comodidad para el desarrollo de la investigación, Creswell recomienda recoger los datos cualitativos y cuantitativos al mismo tiempo, y de esa forma evitar sucesivas visitas al campo de trabajo. Sin embargo, determinados contextos de estudios pueden obligar a que las fases cualitativas y cuantitativas de recogida de los datos se realicen en distintos períodos temporales.

6.3. La metodología mixta en los estudios sobre salud. Aplicación en los estudios sobre la obesidad

La metodología mixta se muestra especialmente eficaz como instrumento de investigación en los problemas de salud que presentan una gran diversidad de causas y dimensiones de estudio, como, por ejemplo, los relacionados con la salud mental, las adicciones o las enfermedades de transmisión sexual.

En el caso de los estudios sobre obesidad, la aplicación de la metodología mixta se ha multiplicado en las publicaciones de los últimos diez años. Una búsqueda en la base Web of Science con los términos *mixed methods* AND *obesity* arroja tan solo ocho publicaciones indexadas anteriores al año 2010. Desde el año 2011 hasta el año 2022 se han localizado en la misma base de datos más de 430 artículos con los mismos criterios de búsqueda.

Estos resultados ponen de manifiesto el auge de los métodos mixtos en la investigación de la obesidad. Por ejemplo, el estudio de Guadalupe Ayala (Ayala *et al.*, 2021) sobre obesidad infantil en países latinoamericanos y en Estados Unidos utilizando una metodología mixta de investigación mostraron que estos métodos permiten ofrecer una comprensión más amplia del entorno social del niño o la niña. Concretamente, la utilización de métodos cuantitativos consigue aportar amplitud y los cualitativos aportan profundidad. Las autoras emplearon entrevistas cualitativas para registrar: opiniones de individuos, componentes de la familia, profesores/as, personal de gestión escolar, profesionales de la salud y miembros de la comunidad, sobre sus motivaciones y actitudes respecto a los comportamientos alimentarios y de actividad física de niños y niñas; asimismo, confirmaron esta técnica como un método robusto para conocer los factores de riesgo de la obesidad infantil.

Otro resaltable trabajo apareció en 2022 en la revista *Social Science & Medicine*, (Himmelgreen *et al.*, 2022). Sus autores y autoras utilizaron un enfoque mixto de revisión sistemática para estudiar la forma en que determinados problemas de salud se potencian mutuamente en condiciones de desigualdad e inequidad social. Los resultados pusieron en evidencia una fuerte sin-

demia¹ entre la inseguridad alimentaria y enfermedades crónicas relacionadas con la dieta.

Algunos trabajos más recientes han mostrado también la utilidad de los enfoques mixtos en los estudios sobre el estigma social asociado a la obesidad. Kataria *et al.* (2022) realizaron un estudio entre adolescentes de Brasil, Indonesia y Sudáfrica para investigar los pensamientos negativos asociados al peso entre adolescentes. Los resultados revelaron la presencia de un estigma asociado al exceso de peso corporal más intenso sobre las mujeres y una insatisfacción más alta con el peso especialmente en las mujeres de Brasil y Sudáfrica.

Otro trabajo publicado en 2023 en *Stigma and Health* (Berge *et al.*, 2023) utilizó métodos cuantitativos para las mediciones antropométricas y cuestionarios sobre comportamientos dietéticos junto a entrevistas a los progenitores de niños y niñas con sobrepeso. El enfoque mixto permitió a los autores analizar las características y las diferencias de los testimonios entre progenitores de quienes tenían o no obesidad y las distintas concepciones de la salud entre las familias entrevistadas, y resaltó la potencia que los métodos mixtos tienen en los estudios multifactoriales sobre la obesidad.

El empleo de la metodología mixta en la investigación de la obesidad y el sobrepeso se ha mostrado como una estrategia eficaz para lograr una comprensión más completa del problema de estudio. La multidimensionalidad del fenómeno de la obesidad donde confluyen problemas de origen biológico-médico, psicológicos, culturales, económicos, sociales, familiares, de género, etc., constituye un problema de investigación en el que el enfoque mixto se muestra especialmente indicado para incorporar un gran número de los factores implicados en la explicación final. La utilización de métodos cuantitativos mediante el uso de la estadística, cuestionarios y medidas antropométricas junto a los métodos cualitativos basados en entrevistas en profundidad, así como los datos recogidos de conversaciones en contextos informales y los generados gracias a las observaciones participan-

1. El término *sindemia* es el resultado de la unión de *sinergia* y *epidemia*. Aparece por primera vez en *Introduction to syndemics. A critical approach public and community health*, de Merrill Singer (2009). El concepto hace referencia a un marco teórico que ayuda a explicar cómo interactúan entre sí ciertos problemas de salud pública en zonas geográficamente concentradas y cuyos efectos son especialmente nocivos en los grupos más desfavorecidos.

tes permiten una dinámica de trabajo más abierta, una variedad mucho más rica de las fuentes que proporcionan los datos recogidos y una integración metodológica que enriquecen la interpretación y el análisis de los resultados.

Es previsible que esta progresión de publicaciones que incorporan métodos mixtos se mantenga en los próximos años. A pesar de este incremento de estudios mixtos, encontramos un determinado número de investigadores e investigadoras que se muestran como fundamentalistas metodológicos, y que defienden uno de los dos enfoques y desprecian el otro, acusando al cualitativo de ser «pseudociencia» y subjetivo; o bien desprecian el cuantitativo por impersonal e incapaz de apreciar el significado de la experiencia humana (Salgado, 2007).

Tanto en los diseños puramente cualitativos como en la fase cualitativa de los diseños mixtos, el papel de la investigadora adquiere una centralidad que en un estudio puramente cuantitativo sería de menor relevancia. La persona que investiga es, a la vez, la recolectora de datos y el instrumento de análisis (Ibáñez, 2000; Amezcua, 2000; González-Vega *et al.*, 2022). En las investigaciones con enfoque cualitativo, la posibilidad de alcanzar el conocimiento independientemente de quien investigue está descartada, y es ampliamente aceptado que todo el conocimiento producido lleva dentro de sí mismo las características de la persona que investiga; por tanto, es intrínsecamente subjetivo (Scribano, 2001; Knoblauch, 2021). Reconocer este hecho es básico para entender algunas de las ventajas y limitaciones de quien investiga, por lo que deben quedar claramente establecidas las posiciones de partida del investigador o investigadora (Haraway, 2018; Martínez *et al.*, 2014).

En definitiva, la metodología mixta de investigación se ha revelado como un instrumento eficaz para aplicar la interseccionalidad en la investigación de problemas con múltiples dimensiones de estudio, como es el caso de la obesidad. La aplicación en una misma investigación de métodos cualitativos y cuantitativos permite triangular datos de distinta procedencia como son las mediciones de peso y talla, los cuestionarios de análisis de las alteraciones de la imagen corporal, las mediciones estadísticas cuantitativas, las entrevistas individuales semiestructuradas, los análisis documentales o la observación participante. Este amplio abanico en la procedencia de los datos permite una aproxima-

ción más profunda y holística a un problema de salud tan multidimensional como es la obesidad.

Bibliografía

- Amezcuca, M. y Carricondo Guirao, A. (2000). Investigación cualitativa en España: análisis de la producción bibliográfica en salud. *Índex Enferm.*, 28 (9), 26-34.
- Ayala, G. X., Monge-Rojas, R., King, A. C., Hunter, R. y Berge, J. M. (2021). Entorno social y obesidad infantil: implicaciones para la investigación y la práctica en Estados Unidos y en los países latinoamericanos. *Obesity Reviews*, 22 (5). <https://doi.org/10.1111/obr.13350>
- Barragán, R., Rubio, L., Portolés, O., Asensio, E. M., Ortega, C., Sorlí, J. V. y Corella, D. (2018). Estudio de investigación cualitativa sobre las diferencias entre hombres y mujeres en la percepción de la obesidad, sus causas, abordaje y repercusiones para la salud. *Nutrición Hospitalaria*, 35 (5), 1090. <https://doi.org/10.20960/nh.1809>
- Berge, J. M., Trofholz, A., Danner, C., Brandenburg, D., Pusalavidyasaagar, S. y Loth, K. (2023). Weight- and health-focused conversations in racially/ethnically diverse households with and without a child with overweight/obesity. *Stigma and Health*, 8 (2), 139-149. <https://doi.org/10.1037/sah0000268>
- Bernard, H. R. (2018). *Research methods in anthropology: qualitative and quantitative approaches*. AltaMira.
- Cadena Iñiguez, P., Rendón-Medel, R., Aguilar-Ávila, J., Salinas-Cruz, E., De la Cruz-Morales, F. y Sangerman-Jarquín, D. M. (2017). Métodos cuantitativos, métodos cualitativos o su combinación en la investigación: un acercamiento en las ciencias sociales. *Revista Mexicana de Ciencias Agrícolas*, 8 (7), 1603-1617. <https://doi.org/10.29312/remexca.v8i7.515>
- Creswell, J. W. y Creswell, J. D. (2023). *Research design qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. Sage.
- González-Vega, A. M., Sánchez, R. M., Salazar, A. L. y Salazar, G. L. (2022). La entrevista cualitativa como técnica de investigación en el estudio de las organizaciones. *New Trends in Qualitative Research*. <https://doi.org/10.36367/ntqr.14.2022.e571>
- Haraway, D. J. (2018). Modest_witness@second_Millennium. female-man_meets_oncomouse. *Feminism and Technoscience*. <https://doi.org/10.4324/9780203731093>

- Henwood, K. (2004). Reinventing validity: Reflections on principles and practices from beyond the quality-quantity divide. En Z. Todd, B. Nerlich, S. Mckeown y D. Clarke (Eds.), *Mixing Methods in Psychology* (pp. 37-57). Psychology Press.
- Himmelgreen, D., Romero-Daza, N., Heuer, J., Lucas, W., Salinas-Miranda, A. A. y Stoddard, T. (2022). Using syndemic theory to understand food insecurity and diet-related chronic diseases. *Social Science & Medicine*, 295, 113124. <https://doi.org/10.1016/j.socsci.med.2020.113124>
- Ibáñez, J. (2000). *El regreso del sujeto: la investigación social de segundo orden*. Siglo XXI.
- Kataria, I., Jackson-Morris, A., Jewell, J., Williams, D., Bhandari, P., Sharma, D., Lai, J., Jain, T. y Colozza, D. (2022). Weight stigma among adolescents in three low- and middle-income countries. *Journal of Global Health*, 12. <https://doi.org/10.7189/jogh.12.04098>
- Knoblauch, H. (2021). Reflexive methodology and the empirical theory of science. *Historical Social Research*, 46 (2), 59-79.
- Martínez, L. M., Biglia, B., Luxán, M., Fernández, C., Azpiazu, J. y Bonet, J. (2014). Feminist research experiences: reflections and proposals on methodologies. *Athenea Digital. Revista de Pensamiento e Investigación Social*, 14 (4), 3. <https://doi.org/10.5565/rev/athenea.1513>
- Martínez-Salgado, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa: principios básicos y algunas controversias. *Ciência Saúde Coletiva*, 17 (3), 613-619. <https://doi.org/10.1590/s1413-81232012000300006>
- Marzano, M. (2007). Informed consent, deception, and research freedom in qualitative research. *Qualitative Inquiry*, 13 (3), 417-436. <https://doi.org/10.1177/1077800406297665>
- Mertens, D. (2005). *Research and evaluation in education and psychology: integrating diversity with quantitative, qualitative, and mixed methods*. Sage.
- Muñoz Poblete, C. (2013). Métodos mixtos: una aproximación a sus ventajas y limitaciones en la investigación de sistemas y servicios de salud. *Revista Chilena de Salud Pública*, 17 (3). <https://doi.org/10.5354/0717-3652.2013.28632>
- Pluye, P. (2020,). *Integración en métodos mixtos. Evaluación de las intervenciones sanitarias en salud global*. <https://scienceetbiencommun.pressbooks.pub/evalsalud/chapter/mixtos/>
- Sáiz-Manzanares, M. C. y Escolar-Llamazares, M.-C. (2021). Efectividad de los métodos mixtos en investigación contextual en salud y educación. En: *La práctica en investigación cualitativa experiencias de*

- grupos de investigación* (pp. 28-40). Ludomedia. <https://doi.org/10.36367/ntqr.5.2021.28-40>
- Salgado Lévano, A. C. (2007). Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. *Liberabit*, 13 (13).
- Scribano, A. (2001). Investigación cualitativa y textualidad. La interpretación como práctica sociológica. *Cinta de Moebio*, 11. <https://www.moebio.uchile.cl/11/scribano.html>
- Singer, M. (2009). *Introduction to syndemics a critical systems approach to public and community health*. Jossey-Bass.
- Ulin, P. R., Robinson, E. T. y Tolley, E. E. (2005). Qualitative methods in public health: a field guide for applied research. *Medicine, Science in Sports & Exercise*, 37 (7), 1249. <https://doi.org/10.1249/01.mss.0000172593.20181.14>
- Ulin, P. R, Robinson, E. T. y Tolley, E. E. (2006). Investigación aplicada en salud pública: métodos cualitativos. *Revista Cubana de Salud Pública*, 33 (4). <https://doi.org/10.1590/s0864-34662007000400018>
- Zarco, J., Gutiérrez, R. M., Santos, P. A. y María, P. S. A. (2019). *Investigación cualitativa en salud*. CIS, Centro de Investigaciones Sociológicas.

PARTE IV. BIENESTAR Y DESARROLLO
PROFESIONAL DE LA ENFERMERÍA

Inteligencia emocional en enfermería: una revisión paraguas

FERNANDO TORNAY PODADERA

Área de Psicología y Enfermería. Universidad de Granada

BÁRBARA TERUEL PEÑA

Área de Fisiología. Facultad de Ciencias Experimentales, Universidad de Jaén

GERMÁN DOMÍNGUEZ VÍAS

Departamento de Fisiología, Facultad de Ciencias de la Salud de Ceuta,
Universidad de Granada

JOSÉ LUÍS GÓMEZ URQUIZA

Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud de Ceuta,
Universidad de Granada

Resumen

La inteligencia emocional (IE) es la capacidad para reconocer, comprender y gestionar las emociones propias y del resto. El objetivo de este trabajo es analizar la literatura científica sobre la inteligencia emocional en profesionales de la enfermería. La metodología se realizó en revisión paraguas. Se buscaron bases de datos informatizadas (Scopus, CINHALL y Pubmed), centradas en revisiones de artículos publicados en inglés y español entre 2010 y 2023. Como resultados, de un total de 33 revisiones, han sido incluidos 16 artículos en esta revisión. La mayoría de los artículos revisados resaltan la importancia de la IE para las enfermeras. Poseer una IE adecuada se vincula con reducción de estrés laboral y agotamiento emocional, mientras que aumenta la calidad de vida, el desempeño profesional y el bienestar percibido de profesionales y usuarios. Algunas revisiones señalan lagunas en la investigación sobre esta relación. Se encontraron también divergencias entre la relación entre IE y el liderazgo en enfermería. Los programas de formación en IE y técnicas de afrontamiento han demostrado ser efectivos para mejorar las habilidades emocionales, el pensamiento crítico, el liderazgo y el desempeño laboral de las enfermeras. Se con-

cluye que la IE es una habilidad crucial para las enfermeras, ya que influye en su desempeño profesional y capacidad de afrontamiento y comunicación, lo que contribuye a mejorar la seguridad del paciente. Aunque la investigación en esta área está en sus etapas iniciales, se observan mejoras significativas en la profesionalidad, el bienestar personal y la calidad de la atención en quienes tienen alta IE. Características como la asertividad y la resiliencia son fundamentales para proteger a las enfermeras en entornos laborales estresantes. Es importante promover la educación y programas de entrenamiento en IE para mejorar la atención sanitaria y la profesionalidad en enfermería.

Palabras clave: enfermería, inteligencia emocional, salud laboral.

7.1. Introducción

Desde la formalización de la profesión de enfermería a mediados del siglo XIX se pusieron de manifiesto ciertos estándares para la formación de las profesionales: basar los cuidados desde la educación formal, enfatizando elementos como la higiene, limpieza, ventilación, nutrición o registro sistemático, entre otros. Asimismo, ya por aquella época se destacó la necesidad de realizar los cuidados bajo principios éticos y profesionales. Sonaban ya por entonces términos como *compasión*, *empatía* y *respeito* por el paciente para una realización correcta de cuidados (Falk-Rafael, 2023). Con el exponencial avance científico, se ha estudiado y perfeccionado la atención a las personas, se ha abogado por la meticulosidad y la asepsia, se ha estudiado con detenimiento el cuerpo humano, se han aislado y comprendido multitud de microorganismos y se han sintetizado y experimentado con infinidad de fármacos. Se ha ido perfeccionando la parte técnica de la enfermería hacia niveles mayúsculos, tales como aumentar décadas la esperanza de vida (Mackey y Bassendowski, 2017).

No es hasta un siglo más tarde, a mediados del siglo XX, con el avance de la psicología y la comprensión de la salud mental cuando se prestó más atención a los aspectos psicológicos en la atención enfermera. La relación entre la salud mental y física se manifestó científicamente y se abogó por competencias y capacidades básicas enfermeras como comunicación terapéutica, manejo del estrés, evaluación en salud mental y provisión de apoyo psicosocial, creando un nuevo punto de vista de los cuidados: la

visión holística (Aydin *et al.*, 2023). Matematizar y llevar a la ciencia lo tangible y visual es mucho más fácil que lo propio en lo anímico y emocional, pues de esto segundo aún nos queda un amplio camino por recorrer para conseguir entenderlo, debido a los complejos sistemas que la regulan. El cerebro humano es el mayor de los enigmas de la ciencia de los últimos siglos; pese a los grandes avances científicos, aún no logramos entender cómo funciona y cómo manejarlo. Hay otro dato inquietante para la lógica humana: somos seres emocionales (Bechara *et al.*, 2000). Todo pensamiento proviene de una emoción y las propias emociones guían el juicio del ser humano.

Por ello se ha estudiado ampliamente cómo salvaguardar el cuerpo y la necesidad de protegerlo, pero aun así seguimos teniendo malos hábitos y realizamos conductas incoherentes y dañinas para nosotros y para los demás. De ahí que podemos encontrar a profesionales de la salud que fuman (Tenas López *et al.*, 2008) o a profesionales de la psicología que tienen depresión u otros trastornos mentales.

La inteligencia emocional (IE) es un constructo que refiere a las capacidades de influir de un modo adaptativo e inteligente sobre nuestras emociones y en la interpretación de los estados emocionales de los demás (Dugué *et al.*, 2021). El conocimiento en torno a la inteligencia emocional se originó en la década de 1990 a partir de la investigación sobre pensamientos, emociones y habilidades. La manera de clasificar los componentes de la IE y los modelos para describirla varía según los autores, pero se han aislado capacidades individuales dentro de esta amplia capacidad como autoconciencia emocional, autorregulación, automotivación, empatía y habilidades sociales (Goleman, 1996). La IE se asocia con un mayor uso de formas generalmente adaptativas y un menor uso de formas desadaptativas de regulación de las emociones (Megías-Robles *et al.*, 2019).

El concepto de IE ha evolucionado en los últimos 25 años; sin embargo, su comprensión y uso aún no están claros. A pesar de ello, la inteligencia emocional ha sido un concepto ampliamente considerado en profesiones como los negocios, la gestión o la educación, y, en los últimos 10 años, ha ganado terreno en la práctica de la enfermería. Estos atributos facilitan el bienestar emocional entre las enfermeras de práctica avanzada y mejoran la capacidad de ejercer de una manera que beneficiará a pacien-

tes, allegados y enfermeros (Jurado *et al.*, 2019). Existe consenso sobre el impacto que la inteligencia emocional tiene en la satisfacción laboral, el nivel de estrés, el agotamiento y si ayuda a facilitar un entorno positivo. La IE es un concepto que puede ser fundamental para la práctica de la enfermería, ya que tiene el potencial de influir en la calidad de la atención al paciente y los resultados, la toma de decisiones, el pensamiento crítico y, en general, el bienestar de enfermeros/as en ejercicio (Sharma *et al.*, 2016).

La importancia de este estudio reside en acotar con datos y pruebas científicas la trascendencia y la necesidad del trabajo emocional en el profesional de enfermería, profesional que vive en un continuo intercambio entre los profesionales de salud y los usuarios y sus familias, que se enfrenta a un trabajo de alto riesgo, con turnos incómodos y en condiciones dificultosas muchas veces. Estas condiciones generan niveles preocupantes en la falta de cuidados (Ahansaz *et al.*, 2024). La omisión de cuidados puede tener efectos perjudiciales para la seguridad del paciente, lo que empeora notablemente la calidad asistencial de los profesionales de enfermería.

Además, las condiciones laborales generan un estrés sostenido, que suele desembocar en ausencia de satisfacción personal, agotamiento emocional y satisfacción, un cuadro que se conoce como síndrome del quemado, o *burnout*. Este síndrome es muy frecuente; en algunos servicios como en la Unidad de Cuidados Intensivos llega a representar al 50% de los profesionales (Quesada-Puga *et al.*, 2024). Este síndrome puede amortiguarse mejorando las condiciones laborales y fomentando habilidades de afrontamiento, mejorando la calidad asistencial y la seguridad del paciente.

La IE representa la capacidad de mejorar nuestra calidad humana, de hacernos más felices, de comprender a los demás y aprender a tratarlos. Es el talento para aceptar y conjugar nuestras emociones y las de quienes nos rodean, la herramienta que guía la comunicación adecuada, la asertividad, la compasión y la filantropía, características que alumbran y guían el recorrido para cuidarnos y cuidar adecuadamente. Es la capacidad básica de un buen profesional de la enfermería (Giménez-Espert y Prado-Gascó, 2018).

7.2. Objetivos

El **objetivo general** es analizar la literatura científica sobre la inteligencia emocional en profesionales de la enfermería

Los **objetivos específicos** son:

- Conocer si estas capacidades sobre la emoción influyen en un buen desempeño profesional y en un mejor afrontamiento ante las exigencias laborales.
- Conocer qué características son más favorables o necesarias, en qué puestos es más necesario la inteligencia emocional.
- Valorar de qué manera se puede mejorar la inteligencia emocional para mejorar también el bienestar y desempeño de los profesionales.

7.3. Metodología

Tipo de estudio

La presente investigación es una revisión paraguas (*umbrella review*) Las revisiones sistemáticas y los metanálisis tienen como objetivo sintetizar los hallazgos e investigar los sesgos. Sin embargo, a medida que también aumentó el número de revisiones de metanálisis, los investigadores empezaron a sentirse abrumados por encontrarse demasiados (Fusar-Poli y Radua, 2018). Este tipo de estudios: revisiones cuantitativas, cualitativas, integrativas, sistemáticas, de metanálisis, de alcance (o *scoping review*), se encargan de alejar el punto de vista y mirar la realidad tangible desde una óptica más general. Diversos estudios han recopilado y comparado toda la bibliografía obtenida en todo el mundo para esclarecer y generar puntos en común de manera global.

Una revisión paraguas es una revisión sistemática que sintetiza y resume las conclusiones de múltiples revisiones sistemáticas y metanálisis sobre un tema particular (Hernández-González *et al.*, 2023). En lugar de revisar los estudios primarios individuales, una revisión paraguas examina las revisiones sistemáticas existentes para proporcionar una visión general de un tema y resumir las conclusiones de los estudios previos.

Ecuación de búsqueda y fuente de información

Para ello, se realizó una revisión bibliográfica en tres bases de datos: Scopus, PubMed y Cinhal. Se llevó a cabo a través de una búsqueda avanzada en las que se repitió la misma ecuación de búsqueda: «Emotional intelligence [title] AND nurs* AND (review [title] OR meta-analysis OR systematic review [title])». La búsqueda bibliográfica fue realizada en enero de 2024.

Criterios de inclusión y proceso de selección

Los criterios de inclusión para la investigación fueron: ser artículos de texto completo, en inglés y en español, que se trataran de metanálisis, o revisiones sistemáticas sobre la IE, en los profesionales de la enfermería, en todos los ámbitos de la profesión y desde los diferentes constructos de la IE. Se excluyeron investigaciones con muestra exclusiva de estudiantes de enfermería sobre perspectivas empíricas y revisiones que sumaban otros constructos, como el *mindfulness*.

Se procedió, a través del gestor bibliográfico Zotero, a la eliminación de los artículos repetidos entre las bases de datos. También se revisaron y descartaron, mediante revisión de título y resumen, varios estudios que no trataban el tema específicamente.

El último paso fue inspeccionar detenidamente los textos completos sobre los metanálisis de la relación entre IE y la profesión enfermera.

Variables y análisis de datos

Cada estudio seleccionado se clasificó bajo las siguientes variables: autores, país de realización y año, tipo de estudio, número de artículos que incluye la revisión, objetivo del estudio y principales resultados. Se realizó un análisis descriptivo de los datos recopilados en las revisiones seleccionadas.

Nivel de evidencia y lectura crítica

El nivel de evidencia y grado de recomendación se otorgó siguiendo la clasificación propuesta por el Oxford Evidence Based

Medicine Center. Para la lectura crítica de las revisiones seleccionadas se utilizaron las dos preguntas de eliminación de la guía de lectura crítica CASPe (Cabello, 2005): ¿Se hizo la revisión sobre un tema claramente definido? ¿Buscaron los autores el tipo de artículos adecuado?

7.4. Resultados

Resultados de la búsqueda

Al realizar la búsqueda bibliográfica, se hallan en Pubmed 24 artículos; en Scopus, 25 artículos, y en CINAHL, 21 artículos. Un total de 70 artículos. Al añadirlos a Zotero y eliminar duplicados, queda un total de 33 estudios. Tras un análisis de estos artículos, se seleccionan finalmente 16 estudios.

El proceso de selección se muestra en la figura 7.1.

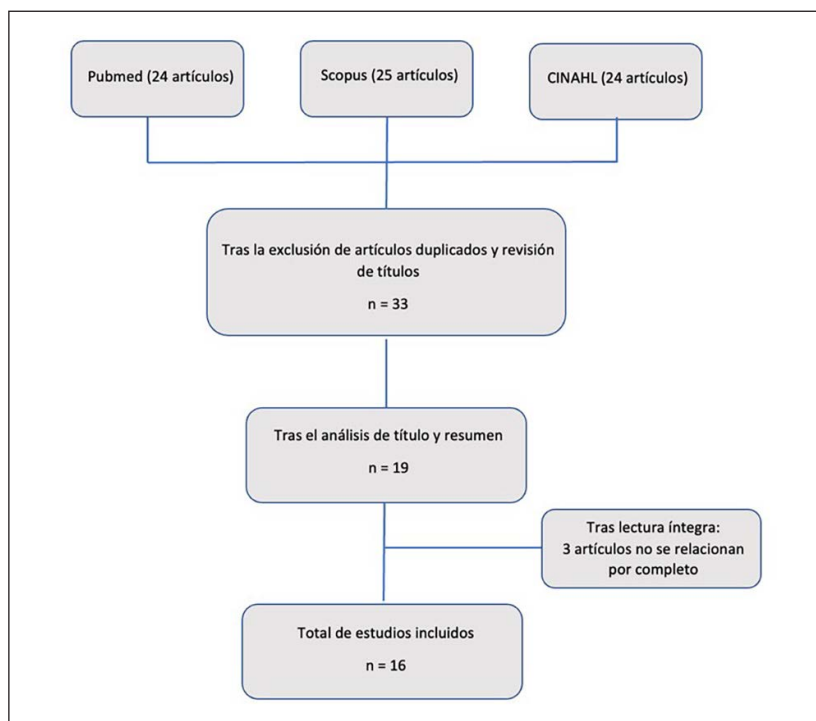


Figura 7.1. Proceso de selección de los estudios.

Características de los estudios incluidos

Los años de publicación de los artículos seleccionados se encuentran desde 2009 hasta 2023. De los 16 estudios seleccionados, solamente cuatro de ellos son anteriores al año 2018 (Akerjordet y Severinsson, 2010; Bulmer Smith *et al.*, 2009; Michelangelo, 2015; Phillips y Harris, 2017). La procedencia de las investigaciones es muy variada, aunque el país que más se repite es Estados Unidos, del que se seleccionaron tres investigaciones. Los artículos son revisiones y metanálisis de diversa índole, de naturaleza cualitativa y cuantitativa.

La muestra de los estudios son de profesionales de la enfermería, aunque en uno también tratan con otros profesionales de la salud (Louwen *et al.*, 2023). Otro artículo incluye también a estudiantes de enfermería (Michelangelo, 2015). Seis de los artículos centran sus revisiones en investigaciones con gerentes y líderes de la enfermería; además, dos de estos incluyen a los líderes como parte de su estudio (Bulmer Smith *et al.*, 2009; Nightingale *et al.*, 2018).

Todos los artículos giran en torno a la relación de la IE con la práctica de la enfermería, centrándose en buscar beneficios y necesidades para la profesión de las capacidades de gestión emocional.

Cinco artículos pretenden mapear, clarificar y sintetizar la bibliografía estudiada hasta ahora (Bulmer Smith *et al.*, 2009; Lampreia *et al.*, 2023; Louwen *et al.*, 2023; Phillips y Harris, 2017; Raghbir, 2018). Se dedican más a cartografiar la relevancia y la comprensión de la naturaleza de la IE en el ámbito profesional de la enfermería, para buscar lagunas en su estudio y tratar de encontrar objetivos y críticas con los que la investigación en este ámbito pueda mejorar.

Además, uno de los artículos se focaliza en revisiones sobre la implementación de programas de entrenamientos o técnicas relacionadas con la IE que sirvan a las profesionales enfermeras (Saikia *et al.*, 2024).

A continuación, se adjunta tabla resumen con las características y principales resultados obtenidos.

Tabla 7.1. Características y principales resultados de los estudios seleccionados

Autor y país y año	Tipo de estudio	N.º de artículos	Objetivo	Resultados	NE/GR
Lampreia-Raposo <i>et al.</i> (Portugal, 2023)	Scoping review	9 artículos	Construir un mapeo y sintetizar el conocimiento sobre la IE de enfermeros/as.	Relevancia y correlación de la IE en la experiencia profesional, en el agotamiento emocional y la prevención del <i>burnout</i> , en el aumento de la cultura de seguridad del paciente, en la contribución para un comportamiento de ciudadanía organizacional y en la resiliencia de los profesionales.	2a/B
Bulmer Smith <i>et al.</i> (Canadá, 2009)	Revisión sistemática	39 artículos	Comprender ampliamente la naturaleza y dirección de la teoría y la investigación relacionadas con la IE.	La práctica de enfermería exige que los profesionales sean emocionalmente inteligentes debido a la naturaleza de las relaciones humanas en el cuidado de la salud. Los líderes con alta inteligencia emocional influyen positivamente en la atención al paciente, motivan a los profesionales de enfermería y establecen relaciones de trabajo positivas.	2a/B
Lewis (EE. UU., 2019)	Revisión sistemática	12 artículos	Comprender cómo la inteligencia emocional puede influir en la reducción de la angustia moral en enfermería durante la atención al final de la vida y mejorar los resultados tanto para los profesionales como para los pacientes.	Mejorar la inteligencia emocional de enfermeros/as es una estrategia prometedora para abordar la angustia moral y mejorar los resultados en el bienestar percibido en profesionales de la enfermería y en los usuarios que reciben sus cuidados	2a/B

Autor y país y año	Tipo de estudio	N.º de artículos	Objetivo	Resultados	NE/GR
Philips (EE. UU., 2017)	Scoping review	No trabaja con un número específico de artículos.	Mapear la literatura existente sobre inteligencia emocional en relación con la satisfacción laboral y la retención de profesionales, así como las herramientas utilizadas para medir la inteligencia emocional en este contexto.	Identificación de la relación entre la IE de los gerentes de enfermería y la satisfacción laboral. Descripción de las herramientas utilizadas para medir la IE y los marcos teóricos en los que se basa. Se identifican lagunas en la investigación.	2a/B
Philips (EE. UU., 2021)	Scoping review	8 artículos	Comprender cómo la inteligencia emocional de los gerentes de enfermería puede ayudar a las organizaciones a mejorar la satisfacción y retención de los profesionales como estrategia para reducir costos	De los ocho estudios, seis no encontraron una relación significativa entre la inteligencia emocional y la satisfacción laboral o la retención de profesionales, uno reveló una correlación positiva, y otro reveló tanto correlaciones positivas como negativas	2a/B
Raghubir (Canadá, 2018)	Revisión sistemática	23 artículos	Clarificar la comprensión del concepto de inteligencia emocional. Identificar sus atributos, antecedentes, consecuencias, términos relacionados e implicaciones para avanzar en la práctica de enfermería.	Se identifican cuatro atributos clave: autoconciencia, autogestión, conciencia y gestión social/relacional. Estos promueven el bienestar emocional entre los profesionales de práctica avanzada y mejoran su capacidad para brindar cuidados beneficiosos. Importancia de la inteligencia emocional en aspectos como la satisfacción laboral, los niveles de estrés, el agotamiento y la calidad de la atención al paciente	2a/B
Sakalli (Turquía, 2023)	Revisión sistemática y metanálisis	21 estudios transversales	Determinar los niveles de inteligencia emocional de los gerentes de enfermería y los factores asociados con estos niveles.	La mejora de los niveles de inteligencia emocional de los gerentes de enfermería contribuye a la mejora de la calidad y la eficiencia de los servicios de salud	2a/B

Autor y país y año	Tipo de estudio	N.º de artículos	Objetivo	Resultados	NE/GR
Rhodes (Australia, 2022)	Revisión integrativa	16 artículos	Evaluar el papel de la inteligencia emocional en el liderazgo de enfermería perioperatoria, identificar las habilidades clave asociadas y explorar su relación con los resultados	La inteligencia emocional en líderes de enfermería perioperatoria se asocia con un desempeño laboral más comprometido, satisfactorio y duradero. Se destaca la necesidad de investigaciones adicionales y programas educativos específicos	2a/B
Al-Motlaq (Jordania, 2018)	Revisión de evidencia actual	No se especifica.	Evaluar la relación entre la inteligencia emocional de los gerentes de enfermería y su liderazgo efectivo, así como destacar la importancia de la inteligencia emocional en la gestión de enfermería.	Influencia positiva de la inteligencia emocional en el liderazgo efectivo en enfermería, sugiriendo que el desarrollo de la inteligencia emocional puede mejorar la capacidad de los líderes de enfermería para gestionar situaciones difíciles y promover un entorno laboral saludable y productivo.	2a/B
Prezerakos (Grecia, 2018)	Revisión de evidencia actual	11 artículos	Revisar estudios cualitativos y cuantitativos sobre la inteligencia emocional de líderes de enfermería y la composición basada en evidencia de sus resultados	La IE es una herramienta útil para los líderes de enfermería y contribuye decisivamente a lograr una gestión efectiva en el cuidado de la salud. Se observó una correlación positiva entre la inteligencia emocional y el liderazgo transformacional, así como con la satisfacción laboral, el empoderamiento del equipo, la satisfacción del paciente y el bienestar en el trabajo	2a/B
Lu (Singapur, 2021)	Revisión sistemática cualitativa	17 artículos	Investigar la percepción de enfermeros/as y matronas sobre la inteligencia emocional en el entorno clínico, evaluar su comprensión, así como identificar los beneficios, barreras y recomendaciones para mejorarla en la práctica de enfermería.	Los enfermeros/as reconocieron la importancia de la inteligencia emocional en su práctica clínica, identificaron beneficios como una mayor comprensión y satisfacción laboral, pero también señalaron barreras como la falta de formación formal y el entorno laboral estresante.	2a/B

Autor y país y año	Tipo de estudio	N.º de artículos	Objetivo	Resultados	NE/GR
Lowen (Australia, 2023)	Revisión sistemática	321 artículos	Comparar los rasgos de personalidad, estilos de comportamiento e inteligencia emocional de los profesionales de la salud en diversas profesiones.	Los profesionales demostraron altos niveles de amabilidad, conciencia y resistencia, con menores niveles de neuroticismo. Los rasgos de personalidad, los estilos de comportamiento y la inteligencia emocional son características clave de los profesionales de la salud, y entender estos rasgos puede ayudar a mejorar el desempeño y la adaptabilidad en sus respectivas profesiones.	2a/B
Nightingale (Reino Unido, 2018)	Revisión integrativa	22 artículos	Explorar las relaciones entre la inteligencia emocional en profesionales de la salud y el comportamiento de cuidado, así como identificar otros factores relacionados con la inteligencia emocional que puedan impactar en el comportamiento de cuidado.	La IE estaba relacionada tanto con el cuidado físico como emocional, mientras que puede ser menos relevante para líderes de enfermería y médicos. Factores como la edad, la experiencia, el agotamiento y la satisfacción laboral también pueden ser relevantes para el cuidado y la inteligencia emocional en el personal de salud.	2a/B
Michelan-gelo (EE. UU., 2015)	Metanálisis	395 artículos	Evaluar si el entrenamiento en IE para enfermeros/as mejora el pensamiento crítico y la competencia emocional lo suficiente como para justificar la inclusión de IE en los planes de estudio de enfermería	El entrenamiento en IE mejora competencias emocionales, pensamiento crítico, liderazgo, comportamiento ético, reflexión y desempeño laboral en enfermeros/as y estudiantes de enfermería.	2a/B
Akerjordet (Noruega, 2010)	Revisión integrativa	Se incluyeron un total de 24 artículos (siete empíricos y 17 teóricos) en la revisión integradora.	Examinar el estado de la bibliografía científica en relación con la IE el contexto del liderazgo en enfermería, incluyendo sus posibles beneficios y críticas.	Falta de consenso y cuestionamientos sobre la validez y efectividad de la inteligencia emocional en el liderazgo de enfermería, destacando la necesidad de una comprensión más profunda y crítica del tema.	2a/B

Autor y país y año	Tipo de estudio	N.º de artículos	Objetivo	Resultados	NE/GR
Saikia (India, 2023)	Scoping review	7 artículos	Evaluar la efectividad de los programas de entrenamiento en inteligencia emocional entre enfermeros/as para mejorar su IE.	Todos los estudios revisados reportaron una mejora significativa en la inteligencia emocional de enfermeras y enfermeros después de participar en los programas de entrenamiento.	2a/B

Nota: GR = grado de recomendación; NE = niveles de evidencia; IE = inteligencia emocional.

Comparación de los principales resultados

Salvo dos artículos, todos coinciden en la relación y ventaja que supone poseer una IE adecuada para los profesionales de la enfermería. Estas capacidades amortiguan el estrés que produce la intensa exigencia de sus labores, generan más bienestar en los profesionales y usuarios y, en general, aumenta su calidad de vida y profesional (Raghubir, 2018). Resultados mostraron que la IE mejora el agotamiento emocional y previene el *burnout*, aumenta la cultura de seguridad del paciente, así como la resiliencia (Lampreia *et al.*, 2023).

Los artículos que mapearon la investigación general correspondiente a la IE y la enfermería hallaron una correlación positiva en la mejoría de la calidad y el bienestar de los profesionales, aunque encontraron lagunas en la investigación y coincidieron en que la bibliografía sobre esta relación aún se encuentra en etapas poco avanzadas (Phillips y Harris, 2017). La IE se relaciona, además, con mayor cuidado físico y emocional de las profesionales (Nightingale *et al.*, 2018).

En los gestores de enfermería, un artículo muestra que, de ocho artículos, solo uno de ellos muestra una relación significativa positiva entre IE y satisfacción laboral (Phillips *et al.*, 2021), otros dos artículos también hallaron que la IE puede ser menos relevante para líderes de enfermería. Los otros cinco artículos que tratan a líderes de enfermería muestran correlación entre más IE y mejor calidad y eficiencia en sus servicios, mostrando liderazgo transformacional, así como con la satisfacción laboral, el empoderamiento del equipo, la satisfacción del paciente y el

bienestar en el trabajo (Prezerakos, 2018). Otros artículos mostraron que los líderes con más IE motivan a los profesionales de enfermería y establecen relaciones de trabajo positivas. En cuanto al liderazgo en enfermería, existe falta de consenso y cuestionamientos sobre la validez y efectividad de la inteligencia emocional (Akerjordet y Severinsson, 2010).

En varios artículos se halló una falta de formación laboral sobre capacidades de IE y técnicas de afrontamiento, pero que tras programas de entrenamiento se alcanzan mejorías significativas (Saikia *et al.*, 2024) en la IE de enfermeras en aspectos como competencias emocionales, pensamiento crítico, liderazgo, comportamiento ético, reflexión y desempeño laboral (Michelangelo, 2015), tanto en profesionales como en futuros profesionales. Además, reconocen la importancia de la IE en su trabajo (Lu & Shorey, 2021) y que sienten más satisfacción al ejercerlo.

7.5. Discusión

Los resultados de este estudio sugieren que la IE es una herramienta útil en la práctica de enfermería y contribuye positivamente a una correcta atención sanitaria. La naturaleza de la profesión enfermera conlleva una gran capacidad de gestión emocional y asertividad, aptitudes incluidas en la IE, por lo que esta capacidad contribuye a una atención eficaz y humanitaria.

La IE es esencial para un buen desempeño profesional en la enfermería. Una de las razones por las que las capacidades de la IE son tan necesarias en el personal de enfermería es el talento en la comunicación (Lewis, 2019). Se ha demostrado que el rendimiento y la competencia del personal de enfermería son mayores en las personas con mayor IE. Esta relación puede deberse a que la asertividad conlleva responder adecuadamente a las necesidades del paciente de expresar atención y empatía, y aumenta la cultura de seguridad del paciente (Codier y Codier, 2015) y aspectos esenciales en el desempeño de las enfermeras.

La IE amortigua el estrés laboral debido a que regular las propias respuestas emocionales conllevan evitar un efecto negativo en la cognición y el propio comportamiento. Mejorar la inteligencia emocional de los profesionales de enfermería puede ser una estrategia prometedora para abordar la angustia moral y me-

jorar los resultados en el bienestar percibido en profesionales y usuarios (Raghubir, 2018). La IE se ha asociado en otros profesionales con trabajos estresantes, como con profesores (Mérida-López y Extremera, 2017) con mayor resiliencia; un menor agotamiento emocional, por lo que es un factor protector ante el *burnout*: el síndrome de alta prevalencia en enfermeros/as (Adriaenssens *et al.*, 2015).

Existe una gran cantidad de metanálisis sobre el liderazgo y puestos de supervisión enfermera. Es el tema más controvertido; no existe un consenso, aunque los resultados dan como favorable la relación entre IE y un mejor liderazgo (Prezerakos, 2018). Parece ser que la mejora de los niveles de inteligencia emocional de los gerentes contribuye a la mejora de la calidad y la eficiencia de los servicios de salud, esta relación entre la capacidad de regulación de emociones y un acertado liderazgo puede ser debido a la capacidad de empatizar y conjugar las emociones de los trabajadores a su cargo con las propias y conseguir una adecuada comunicación, y, por lo tanto, una mayor satisfacción laboral de los profesionales. Por ejemplo, en gerentes médicos, la IE se relaciona con un mejor liderazgo (Arora S *et al.*, 2010), con un ejercicio más comprometido, satisfactorio y duradero, tanto de los líderes como de las personas a su cargo.

En cuanto a las limitaciones de este estudio, tras el análisis general de la bibliografía, se han encontrado lagunas en la investigación. La relación entre el buen desempeño de los profesionales gerentes y su IE es un tema más estudiado, pero en los mismos metanálisis llegan a la conclusión de que nos encontramos en una etapa temprana en la investigación debido a los hallazgos contradictorios encontrados. En cuanto a las revisiones sobre el buen desempeño en el resto de puestos de trabajo y la IE, es unánime que existe una relación positiva, por lo que se presenta un tema interesante de estudio en futuras líneas de investigación. Aún encontramos controversias en la bibliografía, por lo que se asume que esta es una relación todavía débilmente demostrada y se sugiere una carencia de estudios experimentales que vislumbren la auténtica relación entre la IE y la correcta práctica de enfermería. También es posible que las diferencias geográficas o culturales sean la causa de estas diferencias en los resultados y la dificultad de poder sacar conclusiones a nivel mundial.

Parece lógico que debemos aplicar programas de entrenamiento en IE en las personas que trabajen o van a trabajar en enfermería, sabiendo que mejora competencias emocionales, la empatía, la asertividad, el pensamiento crítico, el liderazgo, el comportamiento ético y un correcto desempeño laboral (Michelangelo, 2015). A día de hoy existen determinadas barreras como la falta de formación formal y un entorno laboral estresante. El entrenamiento en IE en la preparación universitaria es escasa o nula, también en estudiantes de medicina se encontró que las habilidades de IE eran escasas (Walkiewicz *et al.*, 2018) y que la formación en IE mejora el trabajo en grupo, la relación con sus compañeros de trabajo y sus pacientes.

Dado que la IE mejora la salud física y mental de las personas y la bibliografía nos muestra que tras la educación para aumentar la IE las profesionales trabajarán en mejores condiciones, parece ser que las personas formadas en IE se encontrarán más adaptadas a su empleo y realizarán mejor sus tareas. Ya que se han encontrado mejorías en la IE tras su entrenamiento (Cleary *et al.*, 2018), debería abogarse por este desde la formación universitaria en busca de crear profesionales más completos, adaptados y felices.

7.6. Conclusiones

La IE es una capacidad humana trabajable y de vital importancia para la enfermería. La IE influye en un buen desempeño profesional, debido a un mejor afrontamiento y a unas capacidades de comunicación que mejoran la seguridad del paciente. Aunque estemos en una etapa temprana de la investigación sobre esta correlación, se vislumbran mejorías notables en la profesionalidad, bienestar personal y calidad de los cuidados de las personas que poseen una IE alta. Características como la asertividad o la resiliencia son vitales en los profesionales como medios de protección ante un entorno laboral estresante como es el de la enfermería. Debemos abogar por una educación basada en la IE y generar programas de entrenamiento en capacidades de IE para las personas ya formadas, en busca de una atención sanitaria más completa, segura y profesional.

Bibliografía

- Adriaenssens, J., De Gucht, V. y Maes, S. (2015). Determinants and prevalence of burnout in emergency nurses: a systematic review of 25 years of research. *International Journal of Nursing Studies*, 52 (2), 649-661. Scopus. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.11.004>
- Ahansaz, N., Adib-Hajbaghery, M. y Baghaei, R. (2024). Missed nursing care and its relationship with nurses' moral sensitivity: a descriptive-analytical study. *BMC Nursing*, 23 (1). Scopus. <https://doi.org/10.1186/s12912-024-01854-8>
- Akerjordet, K. y Severinsson, E. (2010). The state of the science of emotional intelligence related to nursing leadership: an integrative review. *Journal of Nursing Management*, 18 (4), 363-382. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2834.2010.01087.x>
- Arora, S., Ashrafiyan, H., Davis, R., Athanasiou, T., Darzi, A. y Sevdalis, N. (2010). Emotional intelligence in medicine: a systematic review through the context of the ACGME competencies. *Medical Education*, 44 (8), 749-764. CINAHL Complete. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2923.2010.03709.x>
- Aydin, A., Kaya, Y. y Erbaş, A. (2023). The effect of holistic nursing competence on work engagement, self-reflection and insight in nurses. *Journal of Holistic Nursing*, 41 (3), 310-317. Scopus. <https://doi.org/10.1177/08980101221129716>
- Bechara, A., Damasio, H. y Damasio, A. R. (2000). Emotion, decision making and the orbitofrontal cortex. *Cerebral Cortex*, 10 (3), 295-307. Scopus. <https://doi.org/10.1093/cercor/10.3.295>
- Bulmer Smith, K., Profetto-McGrath, J. y Cummings, G. G. (2009). Emotional intelligence and nursing: an integrative literature review. *International Journal of Nursing Studies*, 46 (12), 1624-1636. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2009.05.024>
- Cabello, J.B. 2005. Plantilla para ayudar a entender una revisión sistemática. En: *Guías de lectura crítica de la literatura médica* (pp. 13-17). CASPe.
- Cleary, M., Visentin, D., West, S., Lopez, V. y Kornhaber, R. (2018). Promoting emotional intelligence and resilience in undergraduate nursing students: an integrative review. *Nurse Education Today*, 68, 112-120. <https://doi.org/10.1016/j.nedt.2018.05.018>
- Codier, E. y Codier, D. (2015). A model for the role of emotional intelligence in patient safety. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 2 (2), 112-117. <https://doi.org/10.4103/2347-5625.157594>

- Dugué, M., Sirost, O. y Dosseville, F. (2021). A literature review of emotional intelligence and nursing education. *Nurse Education in Practice*, 54, 103124. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2021.103124>
- Falk-Rafael, A. (2023). Considering the «Bitter Rivalry» within the context of European and colonial history of women healers. *Advances in Nursing Science*, 46 (2), 137. <https://doi.org/10.1097/ANS.0000000000000453>
- Fusar-Poli, P. y Radua, J. (2018). Ten simple rules for conducting umbrella reviews. *Evidence-Based Mental Health*, 21 (3), 95-100. <https://doi.org/10.1136/ebmental-2018-300014>
- Giménez-Espert, M. D. C. y Prado-Gascó, V. J. (2018). The role of empathy and emotional intelligence in nurses' communication attitudes using regression models and fuzzy-set qualitative comparative analysis models. *Journal of Clinical Nursing*, 27 (13-14), 2661-2672. Scopus. <https://doi.org/10.1111/jocn.14325>
- Goleman, D. (1996). Emotional intelligence. Why it can matter more than IQ. *Learning*, 24 (6), 49-50.
- Hernández-González, O., Mejías, B. I. R. y González-Fernández, D. F. (2023). Review of reviews: a new method to address the empirical literature. *Bibliotecas, Anales de Investigacion*, 19 (1), 195-205. Scopus.
- Jurado, M. M. M., Pérez-Fuentes, M. C., Ruiz, N. F. O., Márquez, M. M. S. y Linares, J. J. G. (2019). Self-efficacy and emotional intelligence as predictors of perceived stress in nursing professionals. *Medicina (Lithuania)*, 55 (6). Scopus. <https://doi.org/10.3390/medicina55060237>
- Lampreia, C., Correia, P., Caldeira, S., Rabiais, I. y Madureira, M. (2023). Critical care nurses' emotional intelligence: a scoping review. *Enfermeria Clinica*, 33 (1), 69-75. Scopus. <https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2022.04.001>
- Lewis, S. L. (2019). Emotional intelligence in neonatal intensive care unit nurses: decreasing moral distress in end-of-life care and laying a foundation for improved outcomes. An integrative review. *Journal of Hospice and Palliative Nursing: JHPN. The Official Journal of the Hospice and Palliative Nurses Association*, 21 (4), 250-256. <https://doi.org/10.1097/NJH.0000000000000561>
- Louwen, C., Reidlinger, D. y Milne, N. (2023). Profiling health professionals' personality traits, behaviour styles and emotional intelligence: a systematic review. *BMC Medical Education*, 23 (1), 120. <https://doi.org/10.1186/s12909-023-04003-y>

- Lu, Y. L. y Shorey, S. (2021). Nurses' perceptions of emotional intelligence in the clinical setting: a qualitative systematic review. *Journal of Nursing Management*, 29 (8), 2453-2460. <https://doi.org/10.1111/jonm.13406>
- Mackey, A. y Bassendowski, S. (2017). The history of evidence-based practice in nursing education and practice. *Journal of Professional Nursing*, 33 (1), 51-55. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2016.05.009>
- Megías-Robles, A., Gutiérrez-Cobo, M. J., Gómez-Leal, R., Cabello, R., Gross, J. J. y Fernández-Berrocal, P. (2019). Emotionally intelligent people reappraise rather than suppress their emotions. *PLoS ONE*, 14 (8). Scopus. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220688>
- Mérida-López, S. y Extremera, N. (2017). Emotional intelligence and teacher burnout: a systematic review. *International Journal of Educational Research*, 85, 121-130. <https://doi.org/10.1016/j.ijer.2017.07.006>
- Michelangelo, L. (2015). The overall impact of emotional intelligence on nursing students and nursing. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*, 2 (2), 118-124. <https://doi.org/10.4103/2347-5625.157596>
- Nightingale, S., Spiby, H., Sheen, K. y Slade, P. (2018). The impact of emotional intelligence in health care professionals on caring behaviour towards patients in clinical and long-term care settings: findings from an integrative review. *International Journal of Nursing Studies*, 80, 106-117. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2018.01.006>
- Phillips, J. y Harris, J. (2017). Emotional intelligence in nurse management and nurse job satisfaction and retention: a scoping review protocol. *JBIR Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 15 (11), 2651-2658. <https://doi.org/10.11124/JBISRIR-2016-003300>
- Phillips, J., Palokas, M., Christian, R., Harris, J. y Hinton, E. (2021). Emotional intelligence in nurse managers as it relates to staff nurse job satisfaction and retention: a scoping review. *JBIR Evidence Synthesis*, 19 (12), 3238-3267. <https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00299>
- Prezerakos, P. E. (2018). Nurse managers' emotional intelligence and effective leadership: a review of the current evidence. *The Open Nursing Journal*, 12, 86-92. <https://doi.org/10.2174/1874434601812010086>
- Quesada-Puga, C., Izquierdo-Espin, F. J., Membrive-Jiménez, M. J., Aguayo-Estremera, R., Cañadas-De La Fuente, G. A., Romero-Béjar, J. L. y Gómez-Urquiza, J. L. (2024). Job satisfaction and burnout syndrome among intensive-care unit nurses: a systematic review and meta-analysis. *Intensive and Critical Care Nursing*, 82. Scopus. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2024.103660>

- Raghubir, A. E. (2018). Emotional intelligence in professional nursing practice: a concept review using Rodgers's evolutionary analysis approach. *International Journal of Nursing Sciences*, 5 (2), 126-130. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2018.03.004>
- Saikia, M., George, L. S., Unnikrishnan, B., Nayak, B. S. y Ravishankar, N. (2024). Thirty years of emotional intelligence: a scoping review of emotional intelligence training programme among nurses. *International Journal of Mental Health Nursing*, 33 (1), 37-51. <https://doi.org/10.1111/inm.13235>
- Sharma, J., Dhar, R. L. y Tyagi, A. (2016). Stress as a mediator between work-family conflict and psychological health among the nursing staff: moderating role of emotional intelligence. *Applied Nursing Research*, 30, 268-275. Scopus. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2015.01.010>
- Tenas López, M. J., Ballesteros Pérez, A. M., Barceló Barceló, I., Bueno Ortíz, J. M., García Galvis, J., Guillén Pérez, M., Morales López, R., Sánchez, J., Tomás, E. y Velasco Soria, A. (2008). Actitud de los profesionales de Atención Primaria frente al tabaco. *Medicina de Familia. SEMERGEN*, 34 (3), 113-118. [https://doi.org/10.1016/S1138-3593\(08\)71862-8](https://doi.org/10.1016/S1138-3593(08)71862-8)
- Walkiewicz, M., Sowińska, K. y Tartas, M. (2018). Medical studies, team roles and emotional intelligence. *Family Medicine and Primary Care Review*, 20 (1), 71-77. Scopus. <https://doi.org/10.5114/fmpcr.2018.73708>

Impacto de las olas de covid-19 en la calidad de vida de la enfermería española: revisión sistemática

MARÍA GÁZQUEZ LÓPEZ

ANA MARÍA ANTOLÍ JOVER

Departamento de Enfermería, Campus de Ceuta, Universidad de Granada

GEMA SERRANO GEMES

Departamento de Enfermería y Fisioterapia, Campus de Ponferrada,
Universidad de León

LETICIA ALVARADO OLMEDO

BLANCA RIQUELME GALLEGO

MARÍA ADELAIDA ÁLVAREZ SERRANO

Departamento de Enfermería, Campus de Ceuta, Universidad de Granada

Resumen

La pandemia ha tenido un impacto devastador en los sistemas de salud y, a pesar de la extensa investigación sobre covid-19, aún falta un análisis completo del impacto en la calidad de vida de los enfermeros. Este estudio busca sintetizar la evidencia científica sobre la calidad de vida de los profesionales de enfermería españoles durante las distintas etapas de la pandemia, considerando factores como la disponibilidad de recursos, la carga laboral y el miedo a la enfermedad. Se llevó a cabo una revisión sistemática mediante una búsqueda en las bases de datos Pubmed, Cinalh, Scopus, WOS, Biblioteca Cochrane y Psychoinfo. Se utilizó la herramienta de evaluación de métodos mixtos (MMAT) para evaluar la calidad de los artículos. Se obtuvieron tres artículos como parte de la selección final, los cuales se enfocaban en estudiar la calidad de vida profesional durante la primera y segunda ola de la pandemia. Se observa una tendencia descendente de la fatiga por compasión y la satisfacción por compasión, con una estabilidad en el *burnout*. Sin embargo, la falta de evidencia más allá de la primera y segunda ola limita la comprensión completa del fenó-

meno. Los valores profesionales emergen como factores protectores de la satisfacción por compasión, posicionándolos como elementos clave para la formulación de estrategias destinadas a promover el bienestar emocional y laboral de las enfermeras.

Palabras clave: covid-19, enfermería, calidad de vida, España.

8.1. Introducción

El SARS-CoV-2 fue identificado por primera vez en Wuhan, China, a finales de 2019, y su rápida propagación llevó a la declaración de pandemia por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en marzo de 2020 (Hale *et al.*, 2021; WHO, 2020). Esta situación sobrecargó los sistemas de salud en muchos países, principalmente por la escasez de camas de hospital, equipo médico y personal sanitario (Hale *et al.*, 2021). La pandemia ha tenido un impacto devastador en la salud pública por los millones de casos confirmados y cientos de miles de muertes en todo el mundo (OMS, 2023).

En comparación con otros continentes, Europa ha enfrentado desafíos únicos debido a su densidad de población, su integración económica y su estructura política diversa (Real Instituto ElCano, 2024). No obstante, España fue uno de los países europeos más golpeados, con una rápida propagación del virus y un aumento significativo en la carga del sistema de salud durante la primera ola (figura 8.1), identificada en la primavera de 2020 (García-Basteiro *et al.*, 2020; Mira *et al.*, 2021; Navarro Prados *et al.*, 2022). Comunidades como las de Madrid, Cataluña y País Vasco se vieron especialmente afectadas, con hospitales desbordados y una alta tasa de mortalidad al inicio de esta (Ferrer, 2020). Además, España experimentó desafíos adicionales debido a su sistema de descentralización, donde las competencias en salud están transferidas a las comunidades autónomas. Esto llevó a cierta disparidad en la respuesta y coordinación entre regiones (Powell *et al.*, 2020).

Al ser un fenómeno sin precedentes que ha afectado a casi todos los países del mundo se han realizado numerosos estudios de investigación sobre covid-19 desde el inicio de la pandemia en diferentes ámbitos (Cheng y Ying, 2023; Koszaliniski y

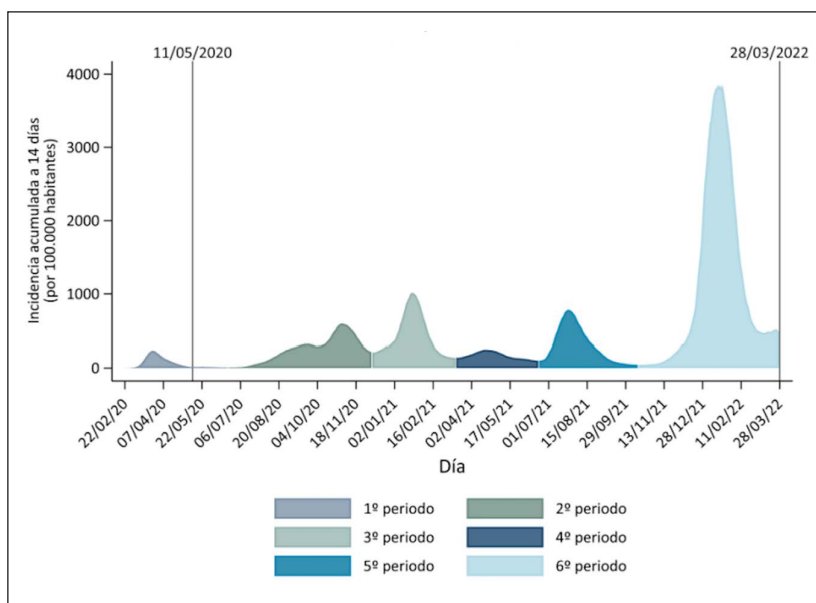


Figura 8.1. Periodos epidemiológicos de covid-19 en España hasta el 28 de marzo de 2022 (1.^a-6.^a ola)] Fuente: CNE ISCI Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (2023, p. 4).

Olmos, 2022; López-Atanes *et al.*, 2021; Shaik *et al.*, 2023). Los hallazgos de estos estudios han contribuido significativamente al conocimiento científico y a la respuesta a la pandemia tanto en el ámbito nacional como global (Akbarialiabad *et al.*, 2021; Perra, 2021). No obstante, cabe destacar las numerosas investigaciones en el área sanitaria centradas específicamente en profesionales de la salud del área de enfermería. Estos estudios han sido cruciales para comprender mejor la exposición de los trabajadores de la salud al virus, evaluar los riesgos laborales, identificar estrategias de protección efectivas y mejorar la respuesta ante la crisis sanitaria (Jaén *et al.*, 2023; Khobragade y Agrawal, 2023).

España, con uno de los mejores sistemas sanitarios del mundo (GBD 2016, 2018) según el ranking del Índice de Seguridad Sanitaria Mundial (Global Health Security Index, 2021), debe hacer un examen del impacto sobre la salud de los profesionales de enfermería que tanto han aportado y aportan para que este sistema se mantenga (García-Basteiro *et al.*, 2020). Se intuye que

la pandemia de covid-19, en general, ha tenido un impacto significativo en la calidad de vida (CdV) de los profesionales sanitarios en España; sin embargo, no se ha estudiado un patrón claro de deterioro de la CdV según la ola que se estuviera experimentando. Asimismo, no se ha indagado sobre la influencia de factores como, por ejemplo, la disponibilidad de recursos y vacunas, la intensidad de la carga de trabajo o el miedo a la covid-19 a medida que avanzaba la pandemia de manera general. De hecho, no se han encontrado revisiones centradas en enfermeros que distingan el impacto de las olas, más allá del *burnout* profesional (Lluch-Sanz *et al.*, 2022; Quesada-Puga *et al.*, 2024; Sriharan *et al.*, 2021; Wong *et al.*, 2024).

8.2. Objetivos

El **objetivo general** es sintetizar la evidencia científica disponible sobre la CdV de los profesionales de enfermería españoles durante las diferentes olas de la pandemia por covid-19.

Los **objetivos específicos** son:

- Identificar la ola en la que se realiza el estudio.
- Estudiar las características del estudio y la muestra.
- Señalar la temática de CdV estudiada y la herramienta de medida utilizada.
- Destacar los resultados relacionados con CdV de los profesionales de enfermería según la ola identificada y los factores relacionados.

8.3. Metodología

Diseño del estudio

Se realizó una revisión sistemática siguiendo las indicaciones PRISMA (*preferred reporting items for systematic review and meta-analyses*) (Moher *et al.*, 2009) de la evidencia disponible hasta el 1 de febrero de 2024. Las bases de datos consultadas fueron PubMed, Cinalh, Scopus, WOS, Cochrane Library y Psycinfo de artículos originales.

Para identificar las palabras clave más relevantes, se utilizó el Thesaurus de Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS), el cual se aplicó en todas las bases de datos mencionadas anteriormente.

Los operadores booleanos utilizados fueron «AND» para obtener una búsqueda más ampliada acerca de la temática y «NOT» para descartar a estudiantes de enfermería. Así pues, se diseñó el algoritmo (((nurs* NOT «nursing student») AND («quality of life»)) AND (wave*)) AND (covid-19), que se usó en todas las bases de datos.

Se seleccionaron estudios originales de acceso completo y gratuito que abordaron la CdV de enfermeros/as ejercientes en España en, al menos, una ola identificada de la pandemia de covid-19. Los idiomas de publicación aceptados fueron inglés, francés, italiano, portugués o castellano. Se excluyeron investigaciones que no distinguieran al colectivo de enfermería, que incluyeran población estudiantil, o que trataran temas similares, pero no específicamente la CdV. Asimismo, se excluyeron revisiones bibliográficas, sistemáticas, metanálisis, actas de congreso y tesis doctorales.

Recogida de datos

Se utilizó un Excel para la recolección de datos de las diferentes bases consultadas (título, autores y año de publicación), y así poder identificar y eliminar los duplicados. Para la selección de los artículos se procedió a la lectura del título y el resumen con la aplicación de los criterios de inclusión/exclusión. Con los que pasaron esta primera criba, se procedió a la lectura del texto completo y se seleccionaron solo aquellos artículos que se llevaron a cabo en España.

Posteriormente, se procedió a la evaluación utilizando la herramienta MMAT (Mixed Methods Appraisal Tool) (Hong *et al.*, 2019). Esta rúbrica ha sido diseñada para revisiones sistemáticas que abordan estudios cuantitativos, cualitativos y mixtos. Cada estudio fue evaluado mediante 7 ítems, dos de los cuales son comunes y cinco son específicos para cada diseño. Las respuestas a cada ítem fueron «sí», «no» o «no sé», y se calculó un porcentaje de calidad basado en el número de respuestas afirmativas obtenidas en los ítems de evaluación.

Dos autoras principales llevaron a cabo la selección y evaluación con el apoyo de una tercera autora para resolver discrepancias. El proceso de búsqueda y selección de los estudios incluidos en esta revisión sistemática se describe detalladamente en un diagrama de flujo presentado en la figura 8.2, siguiendo el estándar PRISMA.

Para la extracción de datos y síntesis de resultados, de cada estudio se extrajeron los siguientes datos: ola, región, año de publicación, diseño, características de la muestra y resultados principales relacionados con el objetivo de esta revisión.

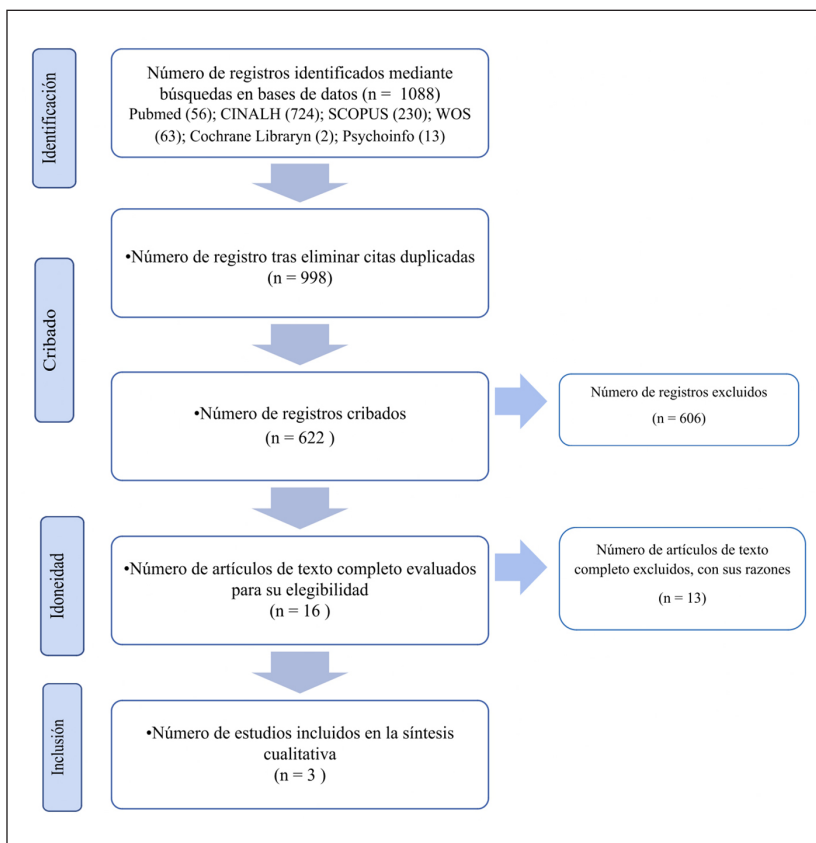


Figura 8.2. Diagrama de flujo realizado tras consultar todas las bases de datos.

8.4. Resultados

Se identificaron un total de 1088 artículos. Tras el proceso de eliminación de duplicados, se procedió a la preselección de 998 artículos para su revisión, basada en los títulos y resúmenes. Posteriormente, siguiendo los criterios establecidos de inclusión y exclusión, se seleccionaron un total de 16 artículos para una lectura exhaustiva del texto completo. Finalmente, al aplicar el criterio de inclusión del país España, se obtuvieron tres artículos como parte de la selección final.

Características de la muestra

La muestra estaba compuesta por tres artículos. Las principales características de los estudios incluidos se describen en la tabla 8.1. Todos ellos fueron en profesionales de enfermería, exceptuando el de Moreno-Mulet *et al.* (2021), que también incluyó a auxiliares de enfermería y medicina. Este fue realizado en las Islas Baleares, empleó un método mixto con un diseño exploratorio concurrente. Se llevaron a cabo fases cuantitativas durante la primera y segunda ola de la pandemia, y una fase cualitativa durante la segunda ola.

Tabla 8.1. Descripción de los artículos seleccionados

Autor y año. Región	Ola identificada	Características del estudio y de la muestra	MMAT
Moreno-Mulet <i>et al.</i> (2021). Islas Baleares	Primera y segunda: Fase cuantitativa durante la primera ola. Fase cualitativa durante la segunda ola.	Método mixto. Fase cuantitativa: n = 122, de los cuales el 65% eran enfermeros. Fase cualitativa: n = 11 profesionales, cuatro eran enfermeras.	80%
González-Pando <i>et al.</i> (2022) Asturias	Segunda: Durante el periodo de remisión de la segunda ola pandémica en España.	Descriptivo transversal. (n = 439)	80%
González-Nuevo <i>et al.</i> (2024) Asturias	Segunda: La valoración inicial se realizó durante el periodo de remisión de la segunda ola pandémica en España. La segunda evaluación se realizó 12 meses después.	Descriptivo transversal repetido con un lapso de 12 meses. (n = 439/410)	100%

El segundo artículo, el de González-Pando *et al.* (2022), realizado en Asturias, se enmarca en un enfoque cuantitativo descriptivo con un diseño transversal. Este estudio se desarrolló durante el periodo de remisión de la segunda ola pandémica en España.

Finalmente, el tercer artículo, el de González-Nuevo *et al.* (2024), también realizado en Asturias, presentaba un enfoque cuantitativo descriptivo con un diseño transversal repetido con un lapso de tiempo. La valoración inicial se llevó a cabo durante el periodo de remisión de la segunda ola pandémica en España, mientras que la segunda evaluación se realizó 12 meses después.

Evaluación de la calidad metodológica

Tras aplicar la herramienta MMAT, en el artículo de González-Nuevo *et al.* (2024) las respuestas fueron «sí» en el 100% de los ítems. Los otros dos obtuvieron un 80% de respuestas afirmativas. En el de Moreno-Mulet *et al.* (2021), en el ítem 5.5 referente a los criterios de calidad de cada tradición de los métodos involucrados, se marcó un «no sé». Por otro lado, en el de González-Pando *et al.* (2022) se marcó el ítem 4.2 con un «no sé» al no poder confirmar si la muestra de la población objetivo era representativa.

Síntesis de los resultados

Los tres estudios abordan la calidad de vida profesional (CdVP) de enfermeros durante la pandemia de covid-19. Todos ellos utilizan la herramienta de medición Professional Quality of Life (ProQOL) en su versión extendida o abreviada (tabla 8.2).

Los factores que se relacionan con las dimensiones de la CdVP son diferentes según el estudio. Así pues, Moreno-Mulet *et al.* (2021) se centran en la disponibilidad del equipo de protección individual (EPI) y carga de trabajo; González-Pando *et al.* (2022), en el estrés percibido y los valores profesionales de enfermería (dominio, experiencia y ética), y, por último, González-Nuevo *et al.* (2024), en el miedo a la covid-19 (tabla 8.3).

Tabla 8.2. CdV de los profesionales de enfermería: herramienta y dimensiones

Autor y año Herramienta utilizada	Satisfacción por compasión	Burnout	Fatiga por compasión o estrés postraumático secundario
Moreno-Mulet <i>et al.</i> (2021)	Nivel moderado-alto (41.19 ± 5.49)	Nivel moderado (27.61 ± 5.47)	Nivel moderado (29.15 ± 6.94)
Short-ProQoL	Mayor nivel en hombres	Menor nivel a mayor edad	Mayor nivel en auxiliares de enfermería en comparación con enfermeras (p = 0.048)
González-Pando <i>et al.</i> (2022) ProQoL	Sin diferencias significativas ni por género ni por línea asistencial de covid-19	Bajo: 1.4% (n = 6). Mayor porcentaje de hombres. Medio: 11.4% (n = 50) Alto: 87.2% (n = 383). Mayor porcentaje de mujeres. Porcentajes similares de niveles altos y bajos en ambas líneas de atención	Bajo: 13.2% (n = 58). Mayor porcentaje de hombres y no primera línea Medio 27.1% (n = 119) Alto 59.7% (n = 262). Mayor porcentaje de mujeres y en primera línea
González-Nuevo <i>et al.</i> (2024) ProQoL	Reducción estadísticamente significativa de la primera medición a la segunda (37% a 21%)	Sin diferencias significativas entre ambas evaluaciones.	Reducción estadísticamente significativa de la primera medición a la segunda (59.7% a 49.8%)

Tabla 8.3. Variables relacionadas con CdVP

Autor y año. Ola identificada	Factores correlacionados con CdVP	Satisfacción por compasión	Burnout	Fatiga por compasión o estrés postraumático secundario
Moreno-Mulet <i>et al.</i> (2021)	Disponibilidad de EPI	Niveles más bajos en profesionales con equipos insuficientes (p = 0.010)	Niveles más altos en profesionales con equipos insuficientes (p = 0.006)	Sin significación estadística
Primera y segunda ola	Cargas de trabajo	Relación inversamente proporcional (r = -0.198; p = 0.036)	Relación directamente proporcional (r = 0.193; p = 0.041)	Relación directamente proporcional (r = 0.234; p = 0.013)

González-Pando <i>et al.</i> (2022)	Fatiga por compasión o estrés post-traumático	Enfermeras de primera línea: correlación negativa ($r = -0.173$; $p \leq 0.05$)	Enfermeras de primera línea: relación positiva ($r = 0.724$; $p \leq 0.001$)
		Enfermeras fuera de primera línea: correlación negativa ($r = -0.299$; $p \leq 0.00$)	Enfermeras fuera de primera línea: relación positiva ($r = 0.786$; $p \leq 0.001$)
Segunda ola	<i>Burnout</i>	Enfermeras de primera línea: correlación negativa ($r = -0.486$; $p \leq 0.001$)	
		Enfermeras fuera de primera línea: correlación negativa ($r = -0.448$; $p \leq 0.001$)	
Estrés		Enfermeras de primera línea: correlación negativa moderada ($r = -0.354$; $p \leq 0.001$)	Enfermeras de primera línea: correlación positiva moderada-alta ($r = 0.697$; $p \leq 0.001$)
		Enfermeras fuera de primera línea: correlación negativa moderada ($r = -0.403$; $p \leq 0.001$)	Enfermeras de fuera de primera línea: correlación positiva moderada-alta ($r = 0.659$; $p \leq 0.001$)
			Enfermeras de primera línea: correlación positiva moderada-alta ($r = 0.658$; $p \leq 0.001$)
			Enfermeras de fuera de primera línea: correlación positiva moderada-alta ($r = 0.667$; $p \leq 0.001$)

8.5. Discusión

Mediante esta revisión, se ha pretendido sintetizar la evidencia científica disponible sobre la CdV de las enfermeras españolas durante las diferentes olas de la pandemia por covid-19. Se han encontrado pocos estudios que, según la ola identificada, estudiaran la CdV. De hecho, solo se hallaron estudios relacionados con CdVP, quedando pendiente otros tipos de CdV, como, por ejemplo, la CdV relacionada con la salud.

Los tres estudios seleccionados difieren en su diseño, enfoque temporal, tamaño de la muestra y la inclusión de fases cualitati-

vas o repetidas. Cada uno ofrece una perspectiva única sobre cómo la covid-19 incide en la CdVP en diferentes lugares de España en población enfermera y cómo cambia según la ola en la que se desarrolle.

El instrumento utilizado en los tres estudios para medir la CdVP ha sido el Professional Quality of Life (ProQOL), tanto en su versión corta como extendida. Esta herramienta ha sido ampliamente empleada en diversos contextos (Dilmaghani *et al.*, 2022; Latsou *et al.*, 2022; Xie *et al.*, 2021), lo que facilita la comparación y la interpretación de los resultados entre los estudios de esta revisión y otros entornos laborales. El ProQOL evalúa tres dimensiones principales: la satisfacción por compasión (SC), el *burnout* (BO) y la fatiga por compasión o estrés traumático secundario (FC). Consiste en 30 preguntas con respuestas tipo Likert (0: nunca, 5: siempre), y se subdivide en tres subescalas. Además, el manual conciso de ProQOL (Stamm, 2010) establece un baremo que categoriza las puntuaciones en cada dimensión de la siguiente manera: las puntuaciones ≤ 22 se consideran bajas, de 23 a 41 son de nivel medio y ≥ 42 indican un nivel alto.

El estudio realizado en Baleares por Moreno-Mulet *et al.* (2021) arroja luz sobre la situación durante la primera ola de la pandemia. Las puntuaciones obtenidas revelan que los profesionales de enfermería experimentaron niveles medios de BO ($27,61 \pm 5,47$) y FC ($29,15 \pm 6,94$), a pesar de mostrar una SC relativamente alta ($41,19 \pm 5,49$). Estos resultados indican un deterioro en comparación con la situación previa a la pandemia, como se observó en el estudio realizado por Galiana *et al.* (2017), donde se registraban niveles más bajos de BO y FC, además de una SC más elevada. Esta tendencia podría estar vinculada a los desafíos adicionales y las presiones experimentadas durante la pandemia, como una carga de trabajo más intensa, una mayor exposición al sufrimiento de los pacientes y una falta de recursos adecuados. El mismo Moreno-Mulet *et al.* (2021) se hace eco de esta conclusión y evidencia que contar con EPI insuficientes disminuyen los niveles de SC y aumentan el BO. En este mismo artículo también se puede observar cómo el aumento de la carga de trabajo influye en la CdVP en tanto que aumenta la FC y el BO, y disminuye la SC.

Hemos querido comparar los resultados de Moreno-Mulet *et al.* (2021) con otra de las pocas naciones que inciden en esta

temática durante la primera ola. En Italia, país, por otro lado, con grandes similitudes en cuanto a incidencia y evolución de la pandemia, según Cosentino *et al.* (2022), reportó un nivel moderado de SC ($M = 38,22 \pm 6,5$), un nivel bajo de BO ($M = 15,48 \pm 4,7$) y un nivel moderado de FC ($M = 23,43 \pm 7,5$). Esto sugiere que, en general, los profesionales de enfermería en Italia podrían haber experimentado una menor carga emocional y un mayor nivel de satisfacción en comparación con sus colegas en España durante la misma fase de la pandemia. Sin embargo, es crucial considerar las diferencias contextuales y metodológicas entre los estudios, así como los factores específicos que puedan haber influido en el bienestar del personal sanitario en cada país.

Por otro lado, los estudios realizados por González-Nuevo *et al.* (2024) y González-Pando *et al.* (2022), ambos en Asturias, proporcionaron una visión detallada de la situación de los profesionales de enfermería durante la segunda ola de la pandemia y 12 meses después. Según González-Nuevo *et al.* (2024), las puntuaciones promedio de BO fueron de $25,90 \pm 7,33$, una ligera disminución en comparación con los hallazgos de Moreno-Mulet *et al.* (2021) durante la primera ola. Doce meses después, en el de González-Nuevo *et al.* (2024) se observaron cambios leves en estas cifras, con valores similares de BO ($25,88 \pm 6,75$). Asimismo, las puntuaciones de FC fueron de $20,76 \pm 9,77$, lo que indica una reducción en la FC en comparación con los resultados de la primera ola descrita por Moreno-Mulet *et al.* (2021). Tras esos doce meses, se registró una disminución adicional ($18,10 \pm 7,76$). El estudio de González-Nuevo *et al.* (2024), por lo tanto, mostró un resultado inesperado: aunque se esperaba que tanto el BO como FC aumentaran junto con el miedo a la covid-19, el nivel de BO se mantuvo igual y FC mejoró. Esta discrepancia entre el miedo y los resultados de BO y FC sugiere que otros factores, además del miedo, pueden haber influido en el bienestar emocional de los profesionales de enfermería. Por ello, debemos detenernos en explicar los posibles motivos de la variación de ambos factores. En este sentido, la adaptación individual de los profesionales de enfermería a las condiciones cambiantes del trabajo y la implementación de estrategias personales de afrontamiento podrían haber contribuido a mantener el nivel de BO relativamente estable a lo largo del tiempo y propiciar la disminución de la FC (Jo *et al.*, 2023; Lluch-Sanz *et al.*, 2022; Pehlivan

Saribudak, 2023). Sin embargo, existe la posibilidad de que este fenómeno sea un efecto «valle», con un incremento posterior que no haya sido detectado debido a la falta de evidencia en etapas posteriores, tal como se ha observado en otras variables relacionadas con la salud mental (Jaén *et al.*, 2023). Aun así, la falta de datos en fases posteriores no permite asegurar esta hipótesis.

En contraste, se observó una marcada disminución en la SC entre los profesionales de enfermería en comparación con los niveles iniciales, lo que revela una tendencia preocupante. Mientras que durante la primera ola esta satisfacción se registró relativamente alta ($41,19 \pm 5,49$), en la segunda ola descendió a $37,85 \pm 8,01$. Posteriormente, 12 meses después, esta disminución persistió con una SC de $34,84 \pm 8,39$. Este resultado requiere un examen minucioso, dado que la SC está estrechamente relacionada con la prestación de una atención centrada en el paciente (Buceta Toro *et al.*, 2019). Por lo tanto, una disminución en esta medida podría resultar en un deterioro de la calidad asistencial y de la empatía médica (Arribas-García *et al.*, 2020; Yi *et al.*, 2019). Una posible explicación estaría relacionada con el aumento del miedo a la covid-19, como lo sugieren los resultados expresados por González-Nuevo *et al.* (2024), que revelan cómo la creciente preocupación por la pandemia puede impactar negativamente en la capacidad de los profesionales de enfermería para proporcionar atención compasiva y sentir satisfacción en su trabajo.

Así pues, es imperativo proponer estrategias concretas para mejorar la CdVP de aquellos que nos han cuidado durante los momentos más difíciles de la pandemia. Los descubrimientos de González-Pando *et al.* (2022), además de la influencia del estrés percibido, recalcan la importancia de los valores profesionales de enfermería. Estos representan un factor de protección para la SC, lo que a su vez reduce el riesgo de FC y BO y lo cual se traduce en una atención de mayor calidad para los pacientes. Por lo tanto, promover y fortalecer estos valores emerge como una estrategia crucial para mejorar el bienestar emocional y laboral de enfermeras y enfermeros, al tiempo que se eleva el estándar de atención ofrecido. Es fundamental que tanto instituciones como profesionales de la salud reconozcan el valor de estos principios y trabajen en conjunto para implementar medidas que fomenten su práctica y aplicación en el entorno laboral. Esto garantiza-

rá un ambiente propicio para el cuidado de los pacientes y el bienestar de quienes los atienden (Cortina, 2003).

Del mismo modo, se destaca la necesidad de futuras investigaciones que aborden estas etapas adicionales detectadas en esta pandemia, así como en las futuras, ya que se obtendrá una imagen más precisa y detallada de cómo se ven afectadas las personas de enfermería en distintos momentos y contextos. Además, se enfatiza la importancia de abordar la CdV relacionada con su salud, dada la falta de estudios al respecto y el impacto físico y mental de la pandemia.

8.6. Conclusión

La revisión ofrece una visión significativa de cómo la CdVP de enfermeras y enfermeros españoles ha sido afectada durante distintas fases de la pandemia de covid-19. El instrumento de medida utilizado ha sido el ProQOL en su versión corta y extendida lo que ha permitido comparar los resultados de los diferentes estudios seleccionados.

Aunque se detectan tendencias como la disminución de la FC y de la SC y una estabilidad del BO en las primeras fases de la pandemia, la falta de evidencia en olas posteriores impide una comprensión más completa de la evolución de los valores de CdVP de estos profesionales a lo largo del tiempo. Además, se observa una diversidad en los resultados y factores influyentes entre diferentes olas (recursos como los EPI, la carga laboral y el miedo a la covid-19) y regiones, lo que sugiere la presencia de factores contextuales y personales. La adaptación individual y las estrategias de afrontamiento emergen como elementos cruciales en la mitigación del impacto negativo y resaltan la importancia de explorar y promover estas estrategias para apoyar la resiliencia del personal sanitario. Finalmente, se reconoce el papel fundamental de los valores profesionales de enfermería como un factor protector para el bienestar emocional y laboral, lo que destaca su importancia tanto para los profesionales como para la calidad de la atención proporcionada a los pacientes.

Bibliografía

- Akbarialiabad, H., Taghrir, M. H., Abdollahi, A., Ghahramani, N., Kumar, M., Paydar, S., Razani, B., Mwangi, J., Asadi-Pooya, A. A., Malekmakan, L. y Bastani, B. (2021). Long COVID, a comprehensive systematic scoping review. *Infection*, 49 (6), 1163–1186. <https://doi.org/10.1007/s15010-021-01666-x>
- Arribas-García, S., Alboniga-Mayor, J. J. y Iturrioz, E. B. (2020). Compassion satisfaction and compassion fatigue in oncology nursing staff: descriptive and correlational study. *Enfermería Global*, 19 (4), 133-144. <https://doi.org/10.6018/eglobal.417261>
- Buceta Toro, M. I., Bermejo Higuera, J. C. y Villacieros Durban, M. (2019). Elementos potenciadores de la satisfacción por compasión en profesionales sociosanitarios. *Anales de Psicología*, 35 (2), 323-331. <https://doi.org/10.6018/analesps.35.2.345101>
- Cheng, C. y Ying, W. (2023). A meta-analytic review of the associations between dimensions of religious coping and psychological symptoms during the first wave of the COVID-19 pandemic. *Frontiers in Psychiatry*, 14 (enero), 1-12. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1097598>
- CNE ISCIII, Red Nacional de Vigilancia Epidemiológica (2023). *Informe n.º 182 Situación actual de covid-19 en España a 5 de julio de 2023*. https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Nueva_estrategia_vigilancia_y_control.pdf
- Cortina, A. (2003). *Ética en las instituciones de salud* (conferencia). Universidad del Desarrollo. Centro de Bioética. https://medicina.udd.cl/centro-bioetica/files/2010/10/conferencia_adela_cortina.pdf
- Cosentino, C., Foà, C., Bertuol, M., Cappi, V., Riboni, S., Rossi, S., Artioli, G. y Sarli, L. (2022). The impact of the alterations in caring for COVID-19 patients on compassion satisfaction and compassion fatigue in Italian nurses: a multi method study. *Acta Biomedica*, 93 (2), e2022190. <https://doi.org/10.23750/abm.v93iS2.13053>
- Dilmaghani, R. B., Armoon, B. y Moghaddam, L. F. (2022). Work-family conflict and the professional quality of life and their sociodemographic characteristics among nurses: a cross-sectional study in Tehran, Iran. *BMC Nursing*, 21 (1), 1-9. <https://doi.org/10.1186/s12912-022-01069-9>
- Ferrer, R. (2020). Pandemia por COVID-19: el mayor reto de la historia del intensivismo. *Medicina Intensiva*, 44 (6), 323-324. <https://doi.org/10.1016/j.medin.2020.04.002>

- Galiana, L., Arena, F., Oliver, A., Sansó, N. y Benito, E. (2017). Compassion satisfaction, compassion fatigue, and burnout in Spain and Brazil: ProQOL validation and cross-cultural diagnosis. *Journal of Pain and Symptom Management*, 53 (3), 598-604. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2016.09.014>
- García-Basteiro, A., Alvarez-Dardet, C., Arenas, A., Bengoa, R., Borrell, C., Del Val, M., Franco, M., Gea-Sánchez, M., Otero, J. J. G., Valcárcel, B. G. L., Hernández, I., March, J. C., Martín-Moreno, J. M., Menéndez, C., Minué, S., Muntaner, C., Porta, M., Prieto-Alhambra, D., Vives-Cases, C. y Legido-Quigley, H. (2020). The need for an independent evaluation of the COVID-19 response. *The Lancet*, 396 (10250), 529-530. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)31713-X](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)31713-X)
- GBD 2016, H. A. and Q. C. (2018). Measuring performance on the Healthcare Access and Quality Index for 195 countries and territories and selected subnational locations: a systematic analysis from the Global Burden of Disease Study 2016. *Lancet*, 391 (10136), 2236-2271. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)30994-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)30994-2)
- Global Health Security Index (2021). *2021 GHS Index Country Profile for Spain*. Global Health Security Index. <https://ghsindex.org/country/spain/>
- González-Nuevo, C., Postigo, Á., González-Menéndez, A., Alonso-Pérez, F., Cuesta, M. y González-Pando, D. (2024). Professional quality of life and fear of COVID-19 among Spanish nurses: a longitudinal repeated cross-sectional study. *Journal of Clinical Nursing*, 33 (1), 357-367. <https://doi.org/10.1111/jocn.16688>
- González-Pando, D., González-Nuevo, C., González-Menéndez, A., Alonso-Pérez, F. y Cuesta, M. (2022). The role of nurses' professional values during the COVID-19 crisis. *Nursing Ethics*, 29 (2), 293-303. <https://doi.org/10.1177/09697330211034250>
- Hale, T., Angrist, N., Goldszmidt, R., Kira, B., Petherick, A., Phillips, T., Webster, S., Cameron-Blake, E., Hallas, L., Majumdar, S. y Tatlow, H. (2021). A global panel database of pandemic policies (Oxford COVID-19 Government Response Tracker). *Nature Human Behaviour*, 5, 529-538. <https://doi.org/10.1038/s41562-021-01079-8>
- Hong, Q. N., Pluye, P., Fàbregues, S., Bartlett, G., Boardman, F., Cargo, M., Dagenais, P., Gagnon, M. P., Griffiths, F., Nicolau, B., O' Cathain, A., Rousseau, M. C. y Vedel, I. (2019). Improving the content validity of the mixed methods appraisal tool: a modified e-Delphi study. *Journal of Clinical Epidemiology*, 111, 49-59, e1. <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2019.03.008>

- Jaén, I., Ausín, C. y Castilla, D. (2023). Psychological impact of the COVID-19 pandemic on Spanish healthcare workers: a systematic review of prevalence and wave-based patterns. *Current Psychology*. <https://doi.org/10.1007/s12144-023-05542-9>
- Jo, S., Kurt, Ş., Mayer, K., Pituch, K. A., Simpson, V., Skibiski, J., Takagi, E. y Reifsnider, E. (2023). Compassion fatigue and COVID-19: a global view from nurses. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 20 (2), 116-125. <https://doi.org/10.1111/wvn.12641>
- Khobragade, A. W. y Agrawal, N. (2023). Physical violence against doctors: a content analysis from online Indian newspapers. *Indian Journal of Community Medicine*, 48 (4), 525-532. <https://doi.org/10.4103/ijcm.IJCM>
- Kozsalinski, R. S. y Olmos, B. (2022). Communication challenges in social isolation, subjective cognitive decline, and mental health status in older adults: a scoping review (2019-2021). *Perspectives in Psychiatric Care*, 58 (4), 2741-2755. <https://doi.org/10.1111/ppc.13115>
- Latsou, D., Bolosi, F. M., Androutsou, L. y Geitona, M. (2022). Professional quality of life and occupational stress in healthcare professionals during the COVID-19 pandemic in Greece. *Health Services Insights*, 15, 1-9. <https://doi.org/10.1177/11786329221096042>
- Lluch-Sanz, C., Galiana, L., Doménech-Vañó, P. y Sansó, N. (2022). The impact of the COVID-19 pandemic on burnout, compassion fatigue, and compassion satisfaction in healthcare personnel: a systematic review of the literature published during the first year of the pandemic. *Healthcare*, 10 (2), 364. <https://doi.org/10.3390/healthcare10020364>
- López-Atanes, M., Pijoán-Zubizarreta, J. I., González-Briceño, J. P., Leonés-Gil, E. M., Recio-Barbero, M., González-Pinto, A., Segarra, R. y Sáenz-Herrero, M. (2021). Gender-based analysis of the psychological impact of the COVID-19 pandemic on healthcare workers in Spain. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 1-10. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.692215>
- Mira, J. J., Cobos-Vargas, Á., Astier-Peña, M. P., Pérez-Pérez, P., Carrillo, I., Guilabert, M., Pérez-Jover, V., Fernández-Peris, C., Vicente-Ripoll, M. A., Silvestre-Busto, C., Lorenzo-Martínez, S., Martín-Delgado, J., Aibar, C. y Aranaz, J. (2021). Addressing acute stress among professionals caring for COVID-19 patients: lessons learned during the first outbreak in Spain (March-April 2020). *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18 (22). <https://doi.org/10.3390/ijerph182212010>

- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., Altman, D. G., Antes, G., Atkins, D., Barbour, V., Barrowman, N., Berlin, J. A., Clark, J., Clarke, M., Cook, D., D'Amico, R., Deeks, J. J., Devereaux, P. J., Dickersin, K., Egger, M., Ernst, E., Gøtzsche, P. C. *et al.* (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. *PLoS Medicine*, 6 (7), e1000097. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>
- Moreno-Mulet, C., Sansó, N., Carrero-Planells, A., López-Deflory, C., Galiana, L., García-Pazo, P., Borràs-Mateu, M. M. y Miró-Bonet, M. (2021). The impact of the COVID-19 pandemic on ICU healthcare professionals: a mixed methods study. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18, 9243. <https://doi.org/10.3390/ijerph18179243>
- Navarro Prados, A. B., Jiménez García-Tizón, S. y Meléndez, J. C. (2022). Sense of coherence and burnout in nursing home workers during the COVID-19 pandemic in Spain. *Health and Social Care in the Community*, 30 (1), 244-252. <https://doi.org/10.1111/hsc.13397>
- OMS (2023). *Enfermedad por coronavirus (covid-19)*. Organización Mundial de La Salud. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/coronavirus-disease-%28covid-19%29#cms>
- Pehlivan Sarbudak, T. (2023). Compassion fatigue in nurses providing palliative cancer care and coping strategies to prevent and manage it. *Seminars in Oncology Nursing*, 39 (6), 151501. <https://doi.org/10.1016/j.soncn.2023.151501>
- Perra, N. (2021). Since January 2020 Elsevier has created a COVID-19 resource centre with free information in English and Mandarin on the novel coronavirus COVID-19. The COVID-19 resource centre is hosted on Elsevier Connect, the company's public news and information. *Physics Reports*, 913, 1-52. <https://doi.org/10.1016/j.physrep.2021.02.001>
- Powell, C., Molina, I. y Pablo Martínez, J. (2020). España y la crisis del coronavirus: una reflexión estratégica en contexto europeo e internacional. En: C. Powell, I. Molina y J. P. Martínez (eds.). *Real Instituto «Elcano»*. <https://www.realinstitutoelcano.org/monografias/espana-y-la-crisis-del-coronavirus-una-reflexion-estrategica-en-contexto-europeo-e-internacional/>
- Quesada-Puga, C., Izquierdo-Espin, F. J., Membrive-Jiménez, M. J., Aguayo-Estremera, R., Cañadas-De la Fuente, G. A., Romero-Béjar, J. L. y Gómez-Urquiza, J. L. (2024). Job satisfaction and burnout syndrome among intensive-care unit nurses: a systematic review and meta-

- analysis. *Intensive and Critical Care Nursing*, 82, 103660. <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2024.103660>
- Real Instituto Elcano (2024). *Pandemia del coronavirus (covid-19)*. Fundación Real Instituto Elcano. <https://especiales.realinstitutoelcano.org/coronavirus/>
- Shaik, L., Boike, S., Ramar, K., Subramanian, S. y Surani, S. (2023). COVID-19 and sleep disturbances: a literature review of clinical evidence. *Medicina (Lithuania)*, 59 (5), 1-14. <https://doi.org/10.3390/medicina59050818>
- Sriharan, A., Wes, K. J., Almost, J. y Hamza, A. (2021). COVID-19-related occupational burnout and moral distress among nurses: a rapid scoping review. *Nursing Leadership*, 34 (1), 7-19. <https://doi.org/10.7748/ns.2021.e11703>
- Stamm, B. H. (2010). The concise ProQOL manual: the concise manual for the professional quality of life scale. En: Pocatello (ed.). *ProQOL.org*. http://proqol.org/uploads/ProQOL_Concise_2ndEd_12-2010.pdfhttp://proqol.org/uploads/ProQOL_Concise_2ndEd_12-2010.pdfhttps://proqol.org/uploads/ProQOL_Manual.pdf
- WHO (2020). *Listings of WHO's response to COVID-19*. World Health Organisation. <https://www.who.int/news/item/29-06-2020-covid-timeline>
- Wong, K. W., Wu, X. y Dong, Y. (2024). Interventions to reduce burnout and improve the mental health of nurses during the COVID-19 pandemic: a systematic review of randomised controlled trials with meta-analysis. *International Journal of Mental Health Nursing*, 33, 324-343. <https://doi.org/10.1111/inm.13251>
- Xie, W., Chen, L., Feng, F., Okoli, C. T. C., Tang, P., Zeng, L., Jin, M., Zhang, Y. y Wang, J. (2021). The prevalence of compassion satisfaction and compassion fatigue among nurses: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Nursing Studies*, 120, 103973. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2021.103973>
- Yi, J., Kim, M. A., Choi, K., Droubay, B. A. y Kim, S. (2019). Compassion satisfaction and compassion fatigue among medical social workers in Korea: the role of empathy. *Social Work in Health Care*, 58 (10), 970-987. <https://doi.org/10.1111/ecc.13124>

PARTE V. SORORIDAD
Y EMPODERAMIENTO FEMENINO

Tuiza, un ejemplo de estrategia colectiva entre las mujeres saharauis

LETICIA ALVARADO OLMEDO

MARÍA GÁZQUEZ LÓPEZ

MARÍA ADELAIDA ÁLVAREZ SERRANO

MARÍA MILAGROSA OLMEDO ALGUACIL

Departamento de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud de Ceuta,
Universidad de Granada

Resumen

La preocupación por garantizar la seguridad alimentaria en la población refugiada constituye una de las mayores preocupaciones entre los organismos internacionales responsables de su protección. En la actualidad, la población que reside en los campamentos saharauis de la región argelina de Tinduf es una de las poblaciones refugiadas más antiguas del mundo. Las características hostiles del entorno en el que se sitúan los campamentos, junto al encadenamiento de diversas crisis económicas globales y la pandemia por covid-19 han supuesto un notable empeoramiento de la situación nutricional y el abastecimiento alimentario de esta población, especialmente de las mujeres, los niños y las niñas. En este artículo se expondrá la eficacia de una costumbre tradicional saharauí de alianza y cooperación denominada *tuiza*, como estrategia de solidaridad femenina para conseguir la seguridad alimentaria de las familias saharauis. El empoderamiento femenino y el desarrollo de redes de apoyo mutuo entre las mujeres saharauis componen un instrumento esencial en la vida de la población refugiada saharauí.

Palabras claves: sororidad, seguridad alimentaria, Sahara Occidental, feminismos africanos, empoderamiento femenino.

9.1. Contexto geográfico y social

La presencia colonial española en el territorio del Sáhara Occidental se inicia en el año 1885. España y Francia se habían repartido esta zona de África y España estaba especialmente interesa-

da en la región costera del Sáhara para explotar el rico banco de pesca sahariano. La colonización influyó decisivamente en el modo tradicional de la vida nómada del pueblo saharauí al crear factorías y puestos fijos, convirtiéndose en poco tiempo en sedentarios. El pueblo saharauí vivió un acceso al ámbito urbano, al circuito de salario, a una alimentación segura y al consumo de mercancías; sin embargo, su poder adquisitivo era la mitad que el del europeo, por lo que, por esta discriminación vivida, empezaron a preguntarse por qué no se hacían cargo ellos de la prosperidad que nace del suelo de su tierra (Díaz Ojeda, 1990).

En el año 1973 nace el Frente Popular de Liberación de Saguía el Hamra y Río de Oro (Polisario), para iniciar la lucha armada contra la administración colonial española. Pocos años después, esa lucha se dirigirá contra el Reino de Marruecos y hasta la fecha de hoy el Polisario y Marruecos, a pesar del alto el fuego decretado en 1991, continúan con enfrentamientos armados de variable intensidad (García, 2010).

La guerra entre Marruecos y el Sáhara produjo en los primeros años una huida masiva de las familias hacia campamentos de refugiados organizados provisionalmente en las regiones fronterizas de Mauritania y Argelia. En poco tiempo, estos campamentos fueron concentrándose en la región argelina de Tinduf, y se extienden hacia la frontera del Sahara Occidental. Fueron divididos en 6 *wilayas*¹ (Smara, Ausserd, Aaiún, Dajla, Rabouni y Boujador) y estos a su vez en *dairas* (barrios dentro de cada *wilaya*).

En el año 2018, según el Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) la población total refugiada en los campamentos era de 173 600 personas (ACNUR, 2018).

El papel y el estatus de las mujeres es el que ha sufrido una mayor transformación en la sociedad saharauí. En 1974, un año después de la fundación del Polisario, se creó la Unión Nacional de Mujeres Saharaui (UNMS), que facilitó el cambio de las estructuras sociales tradicionales, así como la transformación de las relaciones familiares. La movilización surgida en los últimos años del colonialismo, y posteriormente la ocupación de los hombres en el frente, impulsó la implicación de las mujeres en

1. Se denomina *wilaya* a cada una de las cinco provincias o núcleos en los que se dividen los campamentos de refugiados saharauis. Cada *wilaya* se divide a su vez en secciones denominadas *dairas* o municipios. En la *wilaya* de Ausserd, los nombres de las *dairas* son: Zug, Agüenit, Tichla, Miyek, Lagüera y Bir-Ganduz.

actos de protesta y en la organización de la vida en los campamentos (Bengoechea Tirado, 2013).

Con el comienzo de la vida refugiada en los campamentos, se concedió a las mujeres el derecho al voto, el acceso a la educación secundaria o a la universitaria permitiéndoles viajar al extranjero para recibir formación o trabajar fuera del hogar. En el año 2021, según Suelma Beiruk, ministra de Asuntos y Promoción de la Mujer, las mujeres participan en la dirección política de la RASD en un 25 %; en el Gobierno, un 34 %, en el Parlamento, un 45 %; en el cuerpo diplomático, el 45 %; en la dirección de municipios, el 100 %, y en los sectores de enseñanza y salud pública, el 80 % (Beiruk, 2022).

En la actualidad, el papel de las mujeres se centra en la organización de la vida social y familiar. La situación de guerra permanente en que viven determina que los hombres permanezcan en el ejército y las mujeres organicen el trabajo de los campamentos, integrados básicamente por mujeres, niños y ancianos. A la mujer se le asigna el papel de guardiana de las tradiciones y valores culturales; será, por un lado, continuadora del linaje y, por otro, representante de este junto con los ancianos, que cumplen la función de informantes de las nuevas generaciones para la recopilación del legado cultural. Estos cambios le han otorgado una posición y un estatus social más elevado que repercute en una mayor igualdad sexual y de oportunidades (Castaldo, 2005). Su rol como madre también se ha visto revalorizado. No solo prevalecen y sostienen estas sociedades, con el apoyo humanitario de los países cooperantes, que protegen su alimentación y salud, sino que también tiene que ver con sostener la fertilidad, fecundidad y natalidad en estos campamentos. Para ello, las *tabibas*² (mujeres de las medicinas) son las encargadas de deambular por las arenas cumpliendo con una tarea que trasciende como asistentes obstetras. Son sabias en transmitir modos y acciones para que las mujeres mantengan la procreación como método para mantener vivas las costumbres y la vida en el Sahara (Carbonell, 2005).

2. Se denominan *tabibas* a las mujeres que dominan los conocimientos y prácticas de la medicina tradicional saharauí. Son herederas de la tradición animista africana. Ayudan y atienden en los partos entre la población nómada, aunque su actividad trasciende lo puramente obstetra y despliegan un abanico de prácticas mágicas, tabúes alimentarios y utilización de hierbas y plantas, entre otras acciones (Carbonell, 2005).

9.2. Seguridad alimentaria

La Organización de las Naciones Unidas para la Agricultura y la Alimentación (FAO) define que la seguridad alimentaria existe cuando todas las personas tienen, en todo momento, acceso físico, social y económico a alimentos suficientes, inocuos y nutritivos que satisfacen sus necesidades energéticas diarias y preferencias alimentarias para llevar una vida activa y sana (FAO, 2020).

Las principales instituciones que prestan asistencia alimentaria en los campamentos de refugiados saharauis son el Programa Mundial de Alimentos (PMA), la Comisión Europea de Ayuda Humanitaria y Protección Civil (ECHO), la Agencia Española de Cooperación Internacional al Desarrollo (AECID) y ACNUR.

El PMA es responsable de los productos de la canasta básica de alimentos (cereales, aceites comestibles y grasas, legumbres y otras fuentes de proteínas, sal, azúcar y alimentos compuestos enriquecidos) y se encarga del transporte de los mismos hasta los puntos de entrega acordados, así como de su almacenamiento y gestión. ACNUR es responsable de la movilización del té y la levadura, también del transporte de los alimentos desde los puntos de entrega hasta los puntos de distribución final, además de informar sobre desvíos de alimentos, el mal uso y las pérdidas. Productos adicionales como los dátiles, la carne de camello, verduras frescas y frutas son distribuidos por ACNUR, AECID y ECHO, que también cubren el período del Ramadán. La organización sueca Praktisk Solidarität distribuye caballa enlatada con regularidad desde 2009 (ACNUR, 2013).

Según la encuesta de nutrición que llevó a cabo ACNUR en 2019, el patrón diario de consumo es el de cereales, productos azucarados, aceites y grasas. La mayoría de los hogares consume tubérculos menos de cuatro días a la semana, pero comen alubias, guisantes o nueces más de cuatro días a la semana; la mayoría no consumen frutas ni verduras durante toda la semana, pero informan del consumo de productos de origen animal menos de tres días a la semana. Estos datos fueron recogidos en el período después de Ramadán, lo que podría explicar potencialmente una tasa más alta de lo esperado del consumo de productos de origen animal, ya que durante de Ramadán se realizan donaciones de productos animales (ACNUR, 2019).

9.3. Situación nutricional en los campamentos de refugiados saharauis

La situación nutricional de los campamentos se ha deteriorado a raíz de la crisis originada por la pandemia de covid-19 y por la inflación de los precios causada por la guerra de Ucrania. En el año 2022, la Agencia de Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) y el Programa Mundial de Alimentos (PMA), a través del Grupo de las Naciones Unidas para el Desarrollo Sostenible (GNUMS), lanzó un comunicado de emergencia alimentaria y requirieron el apoyo urgente a la comunidad internacional. Estimaron que las raciones de alimentos en los campamentos habían disminuido un 75 % y que cada beneficiario recibe raciones inferiores a los 5 kg, frente a los 17 kg, previstos por persona y mes. La caída de la ayuda internacional que comenzó tras la crisis económica de 2008 se ha agravado durante la situación pandémica mundial y está dificultando el acceso de la población refugiada a los alimentos, el agua, la salud, la nutrición, la educación y los servicios esenciales de subsistencia (GNUMS, 2022).

En el mismo año 2022, la Organización Médicos del Mundo advirtió que la mitad de los niños saharauis entre 6 meses y 5 años padecen anemia de origen nutricional y uno de cada tres sufre retraso en el crecimiento. En septiembre del año 2022, la canasta básica consistía en 1 kg de verdura (cebolla, zanahoria y patatas), 2 kg de harina, 2 kg de cebada, 2 kg de lentejas, $\frac{3}{4}$ kg de azúcar y 1 litro de aceite. La canasta no incluye productos como arroz, pasta o gofio, que eran habituales hasta ese momento. Además, esta canasta no llega a toda la población, sino solo al 75 %, aunque las personas en situación de vulnerabilidad llegan al 91 % de la población total, según la misma ONG (Médicos del Mundo, 2022). Buhabeni Yayh, presidente de la Media Luna Roja Saharaui, que es la encargada de la distribución de los alimentos procedentes de la ayuda internacional en los campamentos, confirmó los mismos datos de Médicos del Mundo y alertó en noviembre de 2022 de que solo disponía de alimentos de emergencia para dos meses (CEAS Sahara, 2022).

9.4. La solidaridad *tuiza* entre las mujeres saharauis

El apoyo entre vecinas, amigas y familiares que comparten alimentos y ayuda en las labores domésticas, conforman una intrincada red de alianzas entre las mujeres de los campamentos. El énfasis en las redes de alianza y cooperación entre mujeres es una de las características que definen al feminismo africano. Muchas de las históricas feministas africanas, mostraron que las mujeres en África han tenido siempre un alto grado de autonomía e importancia en los asuntos públicos, y que las sucesivas invasiones coloniales trastocaron estas estructuras tradicionales (Okonjo Ogunyemi, 1998; Chioma, 2011).

Esta necesidad de compartir lo que se tiene constituye la supervivencia de una ancestral costumbre saharauí denominada *tuiza*. La *tuiza* es una práctica tradicional de solidaridad y ayuda presente en todo el Sahel. Julio Caro Baroja la describió en sus *Estudios saharianos* (2008). Rocío Medina (2016) la presenta como una ecología de saberes feministas, pero yo prefiero la descripción más lírica utilizando las palabras del poeta saharauí Liman Boisha, que en su libro *Ritos de jaima* (2012) la define así:

Un día de trabajo colectivo, una expresión de solidaridad entre mujeres. Ellas se unen y ayudan a la más necesitada a coser su nueva jaima si acaba de formar familia, o a repararla y levantarla si el viento la ha descuartizado. A la enferma le aligeran las labores diarias y a la anciana la colman de cuidados. *Tuiza* es fraternidad.

La fraternidad *tuiza* implica compartir lo que se tiene con quien lo necesita. La costumbre de compartir constituye, de hecho, una obligación que atañe a todo el pueblo saharauí, y funciona como un eficaz igualador social. Permite que, si alguien consigue un excedente, tenga que compartirlo con sus vecinas y familiares.

Tanto Sophie Caratini (2006) como Rocío Medina (2015) mostraron la transformación y los cambios que trajo la introducción del dinero en la sociedad saharauí. Con la entrada del dinero en los campamentos surgieron pequeños comercios y tiendas privadas en todos los barrios de las *wilayas*, donde las que tienen algo de dinero podían comprar productos no incluidos en la canasta básica.

Compartir estos excedentes constituye una costumbre, pero también una obligación de la que es difícil escapar. Los lazos establecidos entre vecinas y amigas son muy sólidos y en un lugar tan cerrado como los campamentos –donde hay poco espacio para la ocultación– la vida personal y las posesiones quedan expuestas, y la mujer que no comparte lo que tiene caerá fácilmente en la crítica social, convirtiéndose en la diana de los dardos del chisme entre sus vecinas; situación esta que aterroriza a las mujeres saharauis.

La obligación de compartir se ha puesto en evidencia en otros trabajos anteriores. Caratini (2006) señaló que si había alguna mujer que conseguía «algo más» y no lo repartía –algo que a veces sucedía–, eso significaba cubrirse de oprobio y ser de nuevo la diana de la crítica social de las mujeres.

9.5. Empoderamiento femenino y seguridad alimentaria

Diversos estudios han mostrado el efecto positivo que tiene el empoderamiento de las mujeres sobre el estado nutricional de las familias.

Una publicación de 2012 en *Social Science & Medicine* probó la relación entre los índices de riqueza y la desigualdad económica y de género con la seguridad alimentaria y el estado nutricional de las familias (Wells *et al.*, 2012). Otro estudio aparecido en 2014 en *European Journal of Clinical Nutrition* analizó la relación entre la desigualdad de género y la prevalencia de problemas de salud nutricionales en hombres y mujeres (Garawi *et al.*, 2014).

La solución a los problemas de alimentación que afectan a la población saharauí, desde la garantía de un aporte suficiente de alimentos hasta el control de los problemas de salud relacionados con la malnutrición, pasa obligatoriamente por algún tipo de organización y solidaridad entre las mujeres saharauis, y la fraternidad *tuiza* de las mujeres ha sido esencial en la organización de la vida social en los campamentos.

En los campamentos, desde su comienzo, el Frente Polisario incorporó la igualdad de derechos entre hombres y mujeres e hizo de este principio un signo de identidad del Estado saharauí.

En el año 2021, según Suelma Beiruk, ministra de Asuntos y Promoción de la Mujer –como ya hemos visto–, las mujeres participan en la dirección política de la RASD en un 25%; en el Gobierno, un 34%; en el Parlamento, un 45%; en el cuerpo diplomático, un 45%; en la dirección de municipios, el 100%, y en los sectores de enseñanza y salud pública, el 80% (Beiruk, 2022), además de su participación en distintos espacios de ámbito internacional.

Las mujeres eran y siguen siendo las responsables del reparto de las ayudas, del abastecimiento, de la atención sanitaria, de la educación y de transmitir las costumbres y tradiciones.

9.6. Iniciativas de las mujeres para alcanzar la seguridad alimentaria

Conforme la población saharauí ha ido cobrando conciencia de que la situación de refugiados no es tan temporal como imaginaban al comienzo, han surgido nuevas vías de aporte de alimentos que han permitido paliar, en parte, la escasa diversidad de la dieta saharauí, ya que el mayor problema nutricional detectado en la población no se relaciona con la escasez calórica sino con la pobre variedad de productos disponibles, especialmente verduras y alimentos frescos.

Es indispensable reconocer la relevancia que tiene el trabajo de las mujeres para intentar solucionar estas dificultades y dar visibilidad a los numerosos proyectos iniciados y gestionados por las mujeres saharauíes.

En 2004 comenzó la creación de huertos familiares en la *wilaya* de Dahla, con la ayuda financiera de la AECID. Estos huertos son una muestra de superación, están consiguiendo algo tan impensable en mitad del desierto como es el cultivar verduras o hacer crecer árboles. El número de huertos ha crecido exponencialmente en los cinco últimos años, y en la temporada del año 2021 se contabilizaban 450 huertos familiares entre las *wilayas* de Auserd, El Aaiún y Dahla. Se ha conseguido recolectar 21 variedades de especies hortofrutícolas, como cebolla, zanahoria, remolacha, nabo, tomate, pimiento, pimiento guindilla, berenjena, calabacín, pepino, lechuga, alubia, acelga, guisante, haba, hinojo, col, y coliflor. Una de las especies que está demostrando una excelente adaptación al terreno es la moringa. La moringa es un árbol en-

démico del norte de la India que puede llegar a alcanzar los 12 metros de altura. Se utilizan sus hojas y semillas, y suponen un elevado aporte de carbohidratos y proteínas, además de otros micronutrientes como vitaminas A y C, hierro y calcio. Su uso como planta medicinal es frecuente, aunque no existe todavía un número suficiente de evidencias sobre sus efectos medicinales. Se espera que en los próximos años produzca cantidades suficientes para incorporarlo en la dieta de las familias saharauis.

Más sorprendente aún que los huertos en el desierto fue el proyecto de desarrollar una piscifactoría en él. Esta iniciativa comenzó en 2018, financiada por el World Food Programme (WFP) de las Naciones Unidas, y, al igual que los huertos, fue gestionada y llevada a cabo por grupos de mujeres. En el año 2019 la piscifactoría ya empezó a proporcionar tilapia fresca, un tipo de pescado procedente del Nilo que se ha conseguido adaptar a las condiciones extremas del desierto. La piscifactoría se encuentra en las afueras de Rabouni; en agosto de 2021 ofreció su primera gran cosecha de 1,4 toneladas de pescado, que se repartió entre el Hospital Nacional de Rabouni y cada uno de los cinco hospitales de las *wilayas*. Esta piscifactoría fue motivo para realizar un cortometraje titulado *Solo son peces*, que llegó a presentarse en los Goya en el año 2021 (Serna e Iglesias, 2019).

9.7. Los efectos de la pandemia y los cambios políticos globales

Aunque, según los datos ofrecidos por el Ministerio de Salud Pública de la RASD, el efecto directo de la pandemia sobre la salud de los saharauis no haya sido tan grave como en otros países (Ministerio de Salud Pública RASD, 2022), el que ha tenido sobre la economía familiar, la calidad de vida y, en general, sobre la esperanza en el futuro ha sido demoledor. Una encuesta sobre el impacto en los hogares realizada en abril de 2020 por el Plan Mundial de Alimentos, ACNUR y el Comité Internacional para el Desarrollo de los Pueblos indicó que la pandemia estaba teniendo un efecto negativo en los hogares y que la mayoría de las familias refugiadas habían perdido ingresos (MINURSO, 2020).

Durante estos dos años, las visitas de comisiones médicas han disminuido un 90%. A comienzos del año 2022, solo tres gran-

des organizaciones (Mundubat, Médicos sin Fronteras y Media Luna Roja) trabajan en los campamentos proporcionando asistencia sanitaria, aunque con niveles de apoyo muy inferiores a los de hace tres años (GNUDS, 2022; Médicos del Mundo, 2022). Las noticias que difunden estos organismos y las informaciones que me llegan a través de las conversaciones que durante estos dos años he mantenido con mis amigas y amigos saharauis gracias a las redes sociales nos ofrecen numerosas pistas que confirman el deterioro que se ha producido en estos dos últimos años: el número de personas que se ven haciendo autoestop (una forma habitual de moverse entre los campamentos, pero que suele indicar situaciones de precariedad) ha aumentado considerablemente, muchos hombres perdieron los trabajos que tenían en Tindouf o en sus propias *wilayas*, se perdieron parte de las fuentes de ingreso de procedencia española, europea o argelina. El programa Vacaciones en Paz, que todos los años acogía a miles de niños y niñas en España y otros países europeos, se suspendió y todavía no se contemplaba su recuperación a comienzos del año 2022, aunque en el verano de 2023 se han reanudado. Para agravar aún más la situación, en el año 2020 se declaró una epidemia pulmonar que afectó al ganado y que, según ACNUR, acabó con la vida de más de 2000 cabras. Las tasas de desnutrición infantil se han incrementado hasta un 7,6 % según datos de la propia ACNUR (GNUDS, 2022).

Pero los golpes de la pandemia, de la debacle económica y del aislamiento absoluto no parecen haber sido suficientes para el pueblo saharauí. Para cerrar este círculo de desgracias quedaba el golpe moral: el reconocimiento por parte de Estados Unidos del Sáhara como territorio de Marruecos y, por último, España admitiendo las propuestas de autonomía de Marruecos como «la base más seria, realista y creíble» para acabar con el conflicto constituyen el último desprecio que sufre este pueblo (*El País*, 2022).

Bibliografía

ACNUR (2013). *Encuesta de nutrición, campamentos de refugiados del Sahara Occidental, Tinduf, Argelia*. DocPlayer. <https://docplayer.es/10427186-Encuesta-de-nutricion-campamentos-de-refugiados-del-sahara-occidental-tinduf-argelia.html>

- ACNUR (2018). *Sahrawi refugees in Tindouf, Algeria: total in-camp population*. USC. https://www.usc.gal/export9/sites/webinstitucional/gl/institutos/ceso/descargas/S_RES_2548_2020_EN.pdf
- ACNUR (2019). *Encuesta sobre nutrición 2019, campamentos de refugiados*. vdocuments.mx. <https://vdocuments.mx/encuesta-sobre-nutricin-2019-campamentos-de-refugiados-.html?page=1>
- Beiruk, S. (2022). Suelma Beiruk: «Las mujeres saharauis ofrecen las más bellas lecciones de resiliencia frente a la ocupación marroquí». *POR UN SAHARA LIBRE .ORG*. <https://porunsaharalibre.org/2022/03/09/suelma-beiruk-las-mujeres-saharauis-ofrecen-las-mas-bellas-lecciones-de-resiliencia-frente-a-la-ocupacion-marroqui/>
- Beiruk, S. (2022). Suelma Beiruk: «Las mujeres saharauis ofrecen las más bellas lecciones de resiliencia frente a la ocupación marroquí». *POR UN SAHARA LIBRE .ORG*. <https://porunsaharalibre.org/2022/03/09/suelma-beiruk-las-mujeres-saharauis-ofrecen-las-mas-bellas-lecciones-de-resiliencia-frente-a-la-ocupacion-marroqui/>
- Bengoechea Tirado, E. (2013). La movilización nacionalista saharauí y las mujeres durante el último periodo colonial español. *Revista Historia Autónoma*, 3, 113-128.
- Boisha, L. (2012). *Ritos de jaima*. Bubisher.
- Caratini, S. (2006). *La prisión del tiempo: los cambios sociales en los campamentos de refugiados saharauis*. DocPlayer. <https://docplayer.es/10426079-La-prision-del-tiempo-los-cambios-sociales-en-los-campamentos-de-refugiados-saharauis.html>
- Carbonell, B. (2005). Las tabibas. Saberes y poderes de las mujeres que, en el Sahara, transitan los siglos. *Gazeta de Antropología*, 21. <https://doi.org/10.30827/digibug.7221>
- Caro Baroja, J. (2008). *Estudios saharianos*. Calamar Edición y Diseño.
- Castaldo, M. (2005). *Mujeres saharauis*. SaharaLibre. <http://www.saharalibre.es/modules.php?name=Content&pa=showpage&pid=52&page=5>
- CEAS Sahara (2022). *El presidente de la Media Luna Roja saharauí, Buhabeni Yayh, participa en «voz saharauí»*. CEAS Sahara. <https://ceas-sahara.es/el-presidente-de-la-media-luna-roja-saharauí-buhabeni-yayh-participa-en-voz-saharauí/>
- Chioma Steady, F. (2011). *Women and leadership in West Africa: mothering the nation and humanizing the State*. Palgrave MacMillan.
- Díaz Ojeda, M. A. (1990). *Saharauis: vida y cultura tradicional del Sáhara occidental*: Museo Nacional de Etnología. Ministerio de Cultura, Dirección General de Bellas Artes y Archivos.

- El País (2022). *Sáhara: mujeres que enferman por otro canon de belleza*. Podium Podcast. <https://www.podiumpodcast.com/podcasts/hoy-en-el-pais-elpais-os/episodio/3278757/>
- FAO y OMS (2020). *Dietas saludables sostenibles: principios rectores*. FOOD & AGRICULTURE ORG.
- Garawi, F., Devries, K., Thorogood, N. y Uauy, R. (2014). Global differences between women and men in the prevalence of obesity: Is there an association with gender inequality? *European Journal of Clinical Nutrition*, 68 (10), 1101-1106. <https://doi.org/10.1038/ejcn.2014.86>
- García, A. (2010). *La historia del Sáhara y su conflicto*. Los Libros de la Catarata.
- GNUDS (2022). *Ante la subida de los precios de los alimentos y necesidades urgentes, el equipo de la ONU en Argelia solicita apoyo urgente para los refugiados saharauis*. United Nations. <https://unsdg.un.org/es/latest/announcements/ante-la-subida-de-los-precios-de-los-alimentos-y-necesidades-urgentes-el>
- Médicos del Mundo (2022). *Cerca de 180 mil personas refugiadas saharauis se enfrentan a una grave crisis alimentaria*. Médicos del Mundo. <https://www.medicosdelmundo.org/actualidad-y-publicaciones/noticias/cerca-de-180-mil-personas-refugiadas-saharauis-se-enfrentan-una>
- Medina Martín, R. (2016). *Mujeres saharauis. Tres tuzas para la memoria de la resistencia*. Aconcagua Libros.
- Ministerio de Salud Pública RASD (2022). *Declaración del Comité Nacional para la Prevención del Corona Virus*. Ministerio de Salud pública RASD. <https://msprasd.org/modules.php?name=News&file=categories&op=newindex&catid=1>
- MINURSO (2020). *Situation concerning Western Sahara*. https://minurso.unmissions.org/sites/default/files/unsg_report_23_september_s_2020_938_e.pdf
- Okonjo Ogunyemi, C. (1998). Africa wo/man palava: the Nigerian novel by women. *Comparative Literature*, 50 (1), 94. <https://doi.org/10.2307/1771221>
- Serna, A. e Iglesias, P. (2019). *Son solo peces* (documental). Olatz Alonso.
- Wells, J. C. K., Marphatia, A. A., Cole, T. J. y McCoy, D. (2012). Associations of economic and gender inequality with global obesity prevalence: understanding the female excess. *Social Science & Medicine*, 75 (3), 482-490. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2012.03.029>

Índice

Presentación	9
--------------------	---

PARTE I. ENFERMEDADES NEURODEGENERATIVAS ASOCIADAS A ALTERACIONES DE LA PRESIÓN ARTERIAL

1. Influencia de los niveles de presión arterial en el potencial desarrollo de esclerosis lateral amiotrófica: revisión bibliográfica	13
1.1. Introducción	14
1.2. Objetivos	15
1.3. Metodología	15
Criterios de selección/metodología	15
Material/estrategia de búsqueda	15
1.4. Variables	17
1.5. Resultados	17
1.6. Discusión	20
1.7. Conclusiones	21
Bibliografía	21
2. Influencia del síndrome metabólico en la disregulación cardiovascular propia de la edad: posible predictor de enfermedades neurodegenerativas	25
Bibliografía	30

PARTE II. CUIDADOS DE LA SALUD

3. El impacto del cambio climático en la salud infantil.	37
3.1. Introducción	38
3.2. Peculiaridades de la infancia.	38
3.3. Impacto del cambio climático en la salud infantil	39
3.4. Principales consecuencias en la salud infantil.	40
Enfermedades infecciosas transmitidas por vectores y agua.	40
Impacto en la seguridad alimentaria e hídrica.	41
Aumento de las enfermedades respiratorias	41
Impacto en la salud mental.	42
3.5. Desigualdades en salud infantil y el cambio climático	44
3.6. Riesgos específicos para la infancia en comunidades desfavorecidas	45
3.7. Medidas para mitigar los efectos del cambio climático en la salud infantil	45
3.8. Promoción de prácticas sostenibles y educación.	47
Educación ambiental.	47
Incentivo de la investigación.	47
Participación ciudadana	48
3.9. Conclusiones.	48
Bibliografía.	49
4. Trastornos de la conducta alimentaria en personas mayores: prevalencia desde las instituciones de cuidados de larga duración y/o viviendas de vida independiente	51
4.1. Introducción	52
4.2. Metodología	55
Diseño.	55
Fuentes de información.	55
Estrategias de búsqueda.	55
Criterios de inclusión y exclusión	56
Gestión y depuración de los datos.	57
Evaluación de la calidad	57
Extracción de datos	58
Síntesis de los datos.	59
4.3. Resultados y discusión	59
4.4. Conclusiones.	62
Bibliografía.	62
Anexo I. Evaluación del riesgo de sesgo	65

5. Juan Ciudad: S. Juan de Dios. Cuidando a los demás . . .	67
5.1. Patronos y su asociación con los diferentes trabajos	68
5.2. Viajes de Juan Ciudad y creación de una escuela	69
5.3. Teoría media de cuidados	73
Bibliografía.	75

PARTE III. METODOLOGÍA MIXTA

6. ¿Es útil la metodología mixta en investigaciones en salud?	79
6.1. La falacia del enfrentamiento cuantitativo/cualitativo	80
6.2. La aparición de los métodos mixtos de investigación	80
6.3. La metodología mixta en los estudios sobre salud. Aplicación en los estudios sobre la obesidad	82
Bibliografía.	85

PARTE IV. BIENESTAR Y DESARROLLO PROFESIONAL DE LA ENFERMERÍA

7. Inteligencia emocional en enfermería: una revisión paraguas	91
7.1. Introducción	92
7.2. Objetivos.	95
7.3. Metodología	95
Tipo de estudio	95
Ecuación de búsqueda y fuente de información	96
Criterios de inclusión y proceso de selección	96
Variables y análisis de datos	96
Nivel de evidencia y lectura crítica	96
7.4. Resultados	97
Resultados de la búsqueda	97
Características de los estudios incluidos	98
Comparación de los principales resultados.	103
7.5. Discusión.	104
7.6. Conclusiones.	106
Bibliografía.	107
8. Impacto de las olas de covid-19 en la calidad de vida de la enfermería española: revisión sistemática	111
8.1. Introducción	112
8.2. Objetivos.	114

8.3. Metodología	114
Diseño del estudio.	114
Recogida de datos	115
8.4. Resultados	117
Características de la muestra	117
Evaluación de la calidad metodológica	118
Síntesis de los resultados	118
8.5. Discusión.	120
8.6. Conclusión	124
Bibliografía.	125

PARTE V. SORORIDAD
Y EMPODERAMIENTO FEMENINO

9. <i>Tuiza</i> , un ejemplo de estrategia colectiva entre las mujeres saharauis	133
9.1. Contexto geográfico y social	133
9.2. Seguridad alimentaria	136
9.3. Situación nutricional en los campamentos de refugiados saharauis	137
9.4. La solidaridad <i>tuiza</i> entre las mujeres saharauis	138
9.5. Empoderamiento femenino y seguridad alimentaria	139
9.6. Iniciativas de las mujeres para alcanzar la seguridad alimentaria	140
9.7. Los efectos de la pandemia y los cambios políticos globales	141
Bibliografía.	142

Introducción a la investigación básica en enfermería

Este libro constituye una guía esencial para estudiantes y profesionales de la salud que buscan adentrarse en nuevos temas de interés de la investigación sanitaria. Los estudios recogidos en esta obra ofrecen un enfoque claro y práctico para comprender los fundamentos de la investigación en enfermería y en la ciencia sanitaria, abarcando temas relevantes y desafíos actuales de la sociedad que afectan directamente la práctica diaria.

Dirigido a enfermeros en continua formación y a quienes deseen ampliar, e incluso iniciar, sus habilidades investigadoras, proporciona las herramientas necesarias para desarrollar y aplicar conocimientos basados en la evidencia. A través de sus cinco secciones y nueve capítulos, los lectores encontrarán revisiones sistemáticas, estudios recientes y análisis críticos que les permitirán reciclar su formación, mejorar la calidad de la atención sanitaria y contribuir significativamente a su entorno profesional.

Germán Domínguez Vías. Secretario y académico en la Facultad de Ciencias de la Salud de Ceuta (Universidad de Granada), con una amplia experiencia en la docencia y la investigación en los campos de la neurociencia y de la hipertensión.

Rosa María Fuentes Rosas. Presidenta del Ilustre Colegio de Enfermería de Ceuta y enfermera del INGE-SA, aporta una perspectiva profesional única, guiando a los enfermeros hacia una formación continua y basada en la investigación.

María Milagrosa Olmedo Alguacil. Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud de Ceuta y académica de la Universidad de Granada, ha centrado su carrera en la formación e innovación en el ámbito sanitario.