

e-ISSN: 3045-9176

Tendencias de Enfermería

Revista científica de enfermería y disciplinas afines

Volumen 1, Número 2 Julio-Agosto 2025



<https://sociedadcientificasanitaria.org/tendencias-de-enfermeria/>

e-ISSN: 3045-9176

Tendencias de Enfermería

Revista científica de enfermería y disciplinas afines

Volumen 1, Número 2 Julio-Agosto 2025

<https://sociedadcientificasanitaria.org/tendencias-de-enfermeria/>

Sociedad Científica Sanitaria Europea para la Investigación, Divulgación, Solidaridad y Formación
SOCISAEU-IDSF

© 2025, de la edición, Tendencias de Enfermería

Calle Pedro García Villalba, 79, La Alberca (Murcia, España)

Teléfono: 650 16 12 52

Revista digital: <https://sociedadcientificasanitaria.org/tendencias-de-enfermeria/>

Correo electrónico: tendenciasdeenfermeria@sociedadcientificasanitaria.org

Primera edición: 2025. Última edición: 2025.

e-ISSN: 3045-9176

DOI: 10.56533/HFGZ2280

URL: <https://doi.org/10.56533/HFGZ2280>

Tendencias de Enfermería, Volumen 1, Número 2 Julio-Agosto 2025

DOI: 10.56533/WRSQ8438

URL: <https://doi.org/10.56533/WRSQ8438>

Directora:

Isabel Rosa Galera Pérez

Editor:

SOCISAEU-IDSF

Corrección de estilo y maquetación:

Alberto Sanz Armenteros

Comité Editorial

Rita Martínez Espinosa

Enfermera

Hospital Clínico Universitario Virgen de la Arrixaca

Murcia, España

César Augusto Loayza Palomino

Médico Cirujano y Cirujano Dentista

Dental C & L Loayza

Lima, Perú

Irvin Zúñiga Almora

Médico Cirujano y Cirujano Dentista

Zaí Salud Integral

Ica, Perú

Antonio Fernández Lara

Enfermero

Hospital General Universitario Morales Meseguer

Murcia, España

Índice

Editorial.....	11
Carta a la Directora La humanización de los cuidados de enfermería como eje de la práctica clínica de la enfermería Antonio Fernández Lara ^a	13
Estudio cualitativo de trastornos del comportamiento alimentario relacionados con alteraciones de la imagen corporal Laura Guirao Vázquez ^a	15
Capnografía en Urgencias y cuidados de enfermería estandarizados en un paciente con EPOC agudizado Francisca Maria Molina Rivas ^a , Rubén Fernández Sánchez ^a , Rebeca Oyarbide Espinosa ^a	25
Burnout y humanización en el personal de enfermería en unidades de cuidados intensivos Aldo Redondo Marrero ^a	33

Editorial

Hablar de enfermería es hablar de vocación, de entrega y de una profesión indispensable para la salud pública. Sin embargo, también significa hablar de largas jornadas, turnos rotatorios, exposición continua al sufrimiento humano y una elevada responsabilidad que, con frecuencia, no recibe el reconocimiento social ni institucional que merece. En este escenario, la salud mental de los profesionales de enfermería se convierte en un eje crítico para garantizar la calidad asistencial y la sostenibilidad del propio sistema sanitario.

En los últimos años, el debate sobre el burnout y la fatiga por compasión ha cobrado una relevancia creciente, especialmente tras la pandemia de COVID-19, que situó a la enfermería en la primera línea de una crisis sanitaria sin precedentes. El burnout, caracterizado por agotamiento emocional, despersonalización y disminución del sentimiento de realización profesional, ha sido descrito por la Organización Mundial de la Salud como un fenómeno ocupacional derivado de la exposición prolongada a factores de estrés en el ámbito laboral. A su vez, la fatiga por compasión emerge cuando el contacto continuado con el dolor y la vulnerabilidad de los pacientes erosiona la capacidad empática del profesional, generando sentimientos de vacío, apatía y desgaste. Ambos fenómenos no solo afectan al bienestar de las enfermeras y enfermeros, sino que repercuten directamente en la seguridad del paciente, la calidad de los cuidados y la estabilidad de las instituciones sanitarias.

La salud mental de la enfermería no puede seguir viéndose como un tema secundario o accesorio. Es un derecho laboral y humano que exige políticas firmes y recursos suficientes. No se trata únicamente de implementar programas de autocuidado individual, como la práctica de mindfulness o la promoción de hábitos saludables, aunque estos resulten beneficiosos. Se trata de avanzar hacia un cambio estructural que reconozca los factores de riesgo psicosocial y los aborde desde una perspectiva preventiva. La sobrecarga de trabajo, las ratios inadecuadas enfermera-paciente, la falta de conciliación familiar, la precariedad contractual y la ausencia de espacios de escucha constituyen elementos que multiplican la vulnerabilidad psicológica del colectivo.

Un editorial como este invita a reflexionar sobre la responsabilidad compartida. El compromiso con la salud mental de los profesionales de enfermería no recae únicamente en cada trabajador. También compete a los gestores hospitalarios, a las administraciones sanitarias y a los colegios profesionales. Invertir en programas de apoyo psicológico, implementar protocolos de detección temprana de desgaste emocional y garantizar plantillas adecuadas son medidas que pueden marcar la diferencia. A ello se suma la importancia de fomentar una cultura organizacional que normalice hablar de emociones y dificultades, eliminando el estigma que todavía pesa sobre la salud mental en el ámbito sanitario.

El liderazgo enfermero también juega un papel clave. Supervisores y coordinadores de unidad pueden convertirse en figuras de referencia, capaces de identificar señales de alarma y generar entornos de trabajo más humanos. El fomento de la comunicación abierta, la distribución equitativa de tareas y el reconocimiento del esfuerzo diario son gestos que, aunque sencillos, repercuten en la percepción de bienestar y en la cohesión de los equipos.

Asimismo, la formación continua debe integrar competencias emocionales y de autocuidado como parte del desarrollo profesional. Resulta imprescindible que los futuros enfermeros, desde las aulas universitarias, reciban herramientas que les permitan gestionar el estrés, identificar síntomas tempranos de desgaste y acudir a redes de apoyo cuando sea necesario. Preparar a los profesionales no solo en técnica, sino también en resiliencia, constituye una inversión estratégica para un sistema que requiere profesionales fuertes, motivados y emocionalmente estables.

No se debe olvidar el papel de la investigación. Estudiar el impacto del burnout y la fatiga por compasión, evaluar intervenciones psicosociales y generar evidencia científica robusta permitirá diseñar estrategias eficaces y sostenibles. La enfermería, como disciplina científica, no solo cuida de los demás: también se investiga a sí misma, analiza sus retos y propone soluciones.

Cuidar la salud mental de quienes cuidan es, en última instancia, un acto de justicia social. Es reconocer que detrás de cada uniforme hay una persona con emociones, límites y necesidades. Es entender que el bienestar de los profesionales repercute en el bienestar de los pacientes y en la calidad de todo el sistema sanitario. Y es, sobre todo, un recordatorio de que la compasión no puede seguir pagándose con el precio del agotamiento.

Hoy, más que nunca, se hace necesario un compromiso colectivo y decidido. Porque garantizar la salud mental de la enfermería no es un lujo ni un añadido: es una condición indispensable para cuidar mejor, para sostener la profesión y para construir un sistema sanitario más humano y resiliente.

Isabel Rosa Galera Pérez

Directora

Carta a la Directora

La humanización de los cuidados de enfermería como eje de la práctica clínica de la enfermería

Antonio Fernández Lara^a

a Enfermería, Hospital General Universitario Morales Meseguer, Murcia, España

Recibido el 29 de junio de 2025. Aceptado el 9 de julio de 2025.

Disponible en Internet el 12 de julio de 2025

La humanización de los cuidados de enfermería representa mucho más que un enfoque agregado: constituye el alma misma de la profesión. En un contexto donde la atención sanitaria se enfrenta al reto del avance tecnológico, los marcos de eficiencia y reducción de costes, es imperativo recordar que cada intervención enfermera trasciende el simple tratamiento: implica acompañamiento, dignidad, empatía y presencia.

El arte de cuidar desde una perspectiva humanizadora se sostiene sobre pilares esenciales: una relación de confianza, una mirada integral del paciente –atendiendo su dimensión emocional y cultural–, y una comunicación cálida y respetuosa. Las pacientes establecen vínculos afectivos cuando perciben cordialidad, trato amable, escucha activa, empatía, solidaridad y respeto por costumbres y creencias¹. Este tipo de cuidados no solo optimiza la experiencia del paciente, sino que también favorece su confianza y bienestar.

Diversos estudios evidencian los beneficios concretos de implementar un enfoque humanizado en enfermería. En unidades hospitalarias, el cuidado humanizado, al ser holístico y coherente con el sufrimiento individual, reduce el trauma asociado a la hospitalización². Además, investigaciones recientes señalan que los profesionales de enfermería actúan como "agentes clave" para promover prácticas éticas, empáticas y culturalmente respetuosas, fundamentales para fortalecer los sistemas de salud³.

No obstante, existen barreras notables: limitaciones institucionales, cargas administrativas excesivas y carencias estructurales que entorpecen prácticas plenamente humanizadas³. Un análisis sistemático identificó componentes críticos para favorecer la humanización —como un abordaje holístico, condiciones laborales adecuadas y fortalecimiento relacional— y también alertó sobre obstáculos tanto relacionales como organizativos⁴.

Por ello, apelar a la humanización de los cuidados no tiene carácter utópico, sino urgente y pragmático. Se trata de propiciar políticas hospitalarias y curriculares que permitan el florecimiento de un entorno centrado en la persona. Programas formativos que refuercen la competencia emocional, la sensibilidad cultural y la comunicación empática—basados en modelos teóricos como los de Hemingway et al.⁵, que ofrecen marcos para integrar la humanización en la práctica diaria— resultan fundamentales.

Cada vez que una enfermera ofrece una sonrisa genuina, escucha activa o una expresión de cuidado auténtico, imprime en el sistema sanitario un acto que humaniza no solo a quien recibe la atención, sino también a quien la brinda. La humanización, en definitiva, no disminuye la calidad técnica; la complementa, la engrandece y reconcilia la técnica con el corazón.

Autor para correspondencia: Antonio Fernández Lara

Correo electrónico: tendenciasdeenfermeria@sociedadcientificasanitaria.org

Link artículo: <https://doi.org/10.56533/WSAI2980>

DOI: 10.56533/WSAI2980

Por todo ello, insto a esta revista a mantener viva la reflexión sobre la humanización como eje central de la enfermería, impulsando un cambio cultural que preserve la vocación, la dignidad y la esencia de quienes cuidan.

Referencias

1. Meneses-La-Riva ME, Suvo-Vega JA, Fernández-Bedoya VH. Humanized Care From the Nurse-Patient Perspective in a Hospital Setting: A Systematic Review of Experiences Disclosed in Spanish and Portuguese Scientific Articles. *Front Public Health*. 2021 Dec 3;9:737506. doi: 10.3389/fpubh.2021.737506
2. Catota Tiba PA, Guarate Coronado YC. Cuidado humanizado de enfermería en pacientes hospitalizados. *Salud Cienc Technol*. 2023;3:260. doi: 10.56294/saludcyt2023260
3. Meneses-La-Riva ME; Fernández-Bedoya VH, Suvo-Vega JA, Ocupa-Cabrera HG, Paredes-Díaz SE. Humanized Care in Nursing Practice: A Phenomenological Study of Professional Experiences in a Public Hospital. *Int J Environ Res Public Health* 2025;22:1223. doi: 10.3390/ijerph22081223
4. Busch IM, Moretti F, Travaini G, Wu AW, Rimondini M. Humanization of Care: Key Elements Identified by Patients, Caregivers, and Healthcare Providers. A Systematic Review. *Patient*. 2019 Oct;12(5):461-474. doi: 10.1007/s40271-019-00370-1
5. Hemingway A, Scammell J, Heaslip V. Humanising nursing care: a theoretical model. *Nurs Times*. 2012 Oct 2-8;108(40):26-7.

Original

Estudio cualitativo de trastornos del comportamiento alimentario relacionados con alteraciones de la imagen corporal

Laura Guirao Vázquez^a

^a Enfermería, Hospital Universitario de Gerona Doctor Josep Truela, Servicio de UCI Neonatal y Pediátrica, Gerona, España

Recibido el 22 de mayo de 2025. Aceptado el 29 de julio 2025.

Disponible en Internet el 9 de agosto de 2025.

Resumen

Introducción: los trastornos del comportamiento alimentario (TCA), como la bulimia, y su repercusión en la imagen corporal, causan gran impacto en la sociedad actual, puesto que son un problema sanitario, en la mayoría de los casos por factores desencadenantes internos y/o externos. El objetivo es comprobar la utilidad de las técnicas cualitativas en el estudio de los TCA, examinar los condicionantes sociales y motivacionales como factores desencadenantes de estos trastornos, y, por último, analizar las consecuencias o secuelas en la salud de las personas que lo sufren. **Método:** se diseñó una investigación con enfoque cualitativo mediante la técnica del relato biográfico, con entrevistas en profundidad a una mujer de 21 años con diagnóstico de trastorno de conducta alimentaria avanzado. **Resultados:** los resultados revelan la importancia que tienen los condicionantes sociales en la vida de una persona, las circunstancias en las que el sujeto crece y se desarrolla, pueden ser claves para la aparición de trastornos de alimentación, en los que se pueden crear graves consecuencias, afectando incluso en la salud de la persona y en su bienestar mental, provocando a su vez la necesidad de consumir servicios de salud. **Conclusiones:** el método biográfico en la investigación cualitativa es una técnica eficaz para analizar los problemas de personas con trastornos de la conducta alimentaria, mostrando la importancia del relato biográfico.

Palabras clave: bulimia; factores desencadenantes; investigación cualitativa; trastornos de alimentación; servicios de salud.

Abstract

Introduction: Eating disorders (EDs), such as bulimia, and their impact on body image, have a significant impact on today's society, as they are a health problem, often due to internal and/or external triggering factors. The objective is to test the usefulness of qualitative techniques in the study of eating disorders, examine the social and motivational factors that trigger these disorders, and, finally, analyze the consequences or after-effects on the health of those who suffer from them. **Methods:** A qualitative research approach was designed using the biographical narrative technique, with in-depth interviews with a 21-year-old woman diagnosed with an advanced eating disorder. **Results:** The results reveal the importance of social conditions in a person's life. The circumstances in which the subject grows and develops can be key to the appearance of eating disorders, which can create serious consequences, even affecting the person's health and mental well-being, in turn causing the need to consume health services. **Conclusions:** The biographical method in qualitative research is an effective technique for analyzing the problems of people with eating disorders, showing the importance of the biographical story.

Keywords: Bulimia; Triggers, Qualitative Research; Eating Disorders; Health Services.

Los trastornos del comportamiento alimentario (TCA) representan en la actualidad un importante problema de salud pública, con implicaciones físicas, psicológicas y sociales significativas. Estas alteraciones suelen estar vinculadas a una percepción distorsionada de la imagen corporal y a la influencia de diversos factores personales, familiares y socioculturales. La imagen corporal, entendida como la representación mental que una persona tiene de su propio cuerpo, constituye un constructo altamente subjetivo, sobre el que no existe consenso científico en cuanto a su evaluación objetiva ni definición estandarizada¹.

En las sociedades contemporáneas, la imagen corporal se encuentra profundamente condicionada por estereotipos sociales que promueven ideales de belleza irreales. Esta presión externa afecta especialmente a adolescentes, quienes desarrollan sentimientos de rechazo hacia su propio cuerpo al comparar su físico con el canon impuesto. En muchos casos, dicha insatisfacción conlleva conductas alimentarias desadaptativas que derivan en TCA como la anorexia o la bulimia¹. La percepción distorsionada del cuerpo, las creencias, emociones y pensamientos negativos acerca del propio aspecto, y el contexto familiar o social en el que el individuo se desarrolla, constituyen los ejes que configuran el equilibrio —o la ruptura— de la imagen corporal².

Cuando estas variables se ven afectadas de forma prolongada, pueden dar lugar a un trastorno de la imagen corporal (TIC), caracterizado por pensamientos perjudiciales y persistentes sobre la figura. Este fenómeno suele iniciarse en la infancia y consolidarse en la adolescencia, etapa en la que predomina la búsqueda de aceptación social, muchas veces vinculada a la delgadez como sinónimo de éxito o valía personal³. El TIC, de hecho, puede considerarse una manifestación del trastorno dismórfico corporal (TDC), definido como una preocupación excesiva por defectos físicos mínimos o inexistentes desde la mirada externa, pero intensamente vividos por quien los padece⁴.

Los TCA más comunes incluyen la anorexia nerviosa, la bulimia y el trastorno por atracón, aunque también existen otros como el de rumiación, la ortorexia o la potomanía, todos ellos vinculados a patrones obsesivos en la alimentación y el control corporal⁵. Estas alteraciones se relacionan estrechamente con estados de ánimo depresivos, ansiedad, autoestima baja y conductas de evitación. La relación entre alimentación y salud mental es bidireccional: un estado de ánimo alterado puede afectar a la conducta alimentaria, así como una alimentación inadecuada puede influir negativamente en la estabilidad emocional⁶.

La prevalencia de estos trastornos es elevada, especialmente entre adolescentes y jóvenes. En España se ha constatado un incremento del 15 % de los TCA en menores de 12 años. A nivel mundial, la prevalencia en la población general ha ascendido del 3,4 % al 7,8 % en los últimos años, siendo la franja de riesgo principal la comprendida entre los 12 y 21 años. Se estima que el 94 % de los casos se dan en mujeres, con una prevalencia del 4,1 % al 6,1 %, frente al 0,3 % en varones^{7,8}. En Centroamérica, estos trastornos muestran una alta incidencia debido a factores como la obesidad, el sedentarismo y la baja autoestima, aunque el fenómeno se extiende también a países desarrollados⁹.

Los factores de riesgo son múltiples. Junto a la presión social y cultural por alcanzar un cuerpo ideal, se encuentran los condicionantes familiares, el estrés, los trastornos hormonales o los desequilibrios psicológicos¹⁰. Especialmente dañino resulta el modelo de belleza transmitido por los medios de comunicación, que asocia el éxito con la delgadez y la musculatura, generando frustración en quienes no alcanzan esos estándares¹¹.

Desde el punto de vista asistencial, el abordaje de los TCA exige una atención integral y coordinada. El equipo de enfermería debe acompañar desde la empatía, construyendo una relación terapéutica basada en la confianza. Herramientas como el cuestionario SCOFF permiten una detección precoz, mientras que técnicas como la reestructuración cognitiva o la terapia centrada en la compasión se han mostrado eficaces para mejorar la autoimagen, la autoestima y la relación con la comida¹²⁻¹⁴.

En este contexto, la investigación cualitativa aporta un enfoque humanista que permite comprender la experiencia subjetiva de quienes padecen TCA. A través de técnicas como la entrevista o el relato biográfico, se accede a la vivencia personal del trastorno, facilitando el diseño de estrategias terapéuticas ajustadas a las necesidades reales del paciente¹⁵⁻¹⁶. El método biográfico, en particular, permite reconstruir la historia de vida del sujeto, interpretar sus emociones y analizar cómo determinados acontecimientos influyen en su percepción corporal y sus hábitos alimentarios.

El propósito de este estudio es comprobar la utilidad de las técnicas cualitativas en el estudio de los trastornos de alimentación, examinando los condicionantes sociales y motivacionales como factores desencadenantes de los TCA y analizando las consecuencias y secuelas en la salud de estos pacientes.

Métodos

Diseño de investigación

Se diseñó una investigación con enfoque cualitativo mediante la técnica del relato biográfico, con entrevistas en profundidad. El estudio se lleva a cabo en Ceuta, durante el mes de febrero de 2022, los días 1, 4, 9 y 11 del respectivo mes.

Participante

La selección de la muestra se realizó de forma intencional accediendo a una persona con los problemas de salud relacionados con los objetivos del trabajo.

En el momento de la selección, el sujeto de estudio, con sexo femenino, tenía 21 años, su estado civil era soltera, estudiante de un grado universitario y con un trastorno de conducta alimentaria avanzado, con un inicio que se remonta a la infancia, pero diagnosticado en el año 2021.

Recogida y análisis de datos

Se llevaron a cabo cuatro entrevistas, grabadas con soporte de audio, cada una de ellas con una duración media de cuarenta minutos. Tres de las entrevistas se realizaron en el domicilio del sujeto de estudio, apoyadas por fotos y diarios del pasado, y, una en un ambiente más informal, pactados los puntos de encuentro por ambas partes.

Tras realizar las grabaciones, las entrevistas fueron transcritas de forma literal antes de las 48h. de su ejecución, respetando cada representación emitida por la entrevistada, tales como expresiones, silencios, etc. El lenguaje empleado en las entrevistas fue el español. Para la transcripción, se utilizaron las convenciones de transcripción de Jefferson¹⁷.

Tras la transcripción de las grabaciones, se elaboró una grilla, es decir, se segmentaron las transcripciones en fragmentos textuales, relacionando cada uno de ellos a su vez en la categoría indicada. Se siguió el proceso de fragmentación propuesto por Flick¹⁸, codificando cada expresión del texto a su correspondiente categoría. Como soporte de ayuda para los resultados del análisis cualitativo se utilizó el software MAXQDA

2022, que sirvió de apoyo para poder clasificar correctamente las alusiones y citas que se hacían en la entrevista, cada una de ellas en su respectiva dimensión.

En la Tabla 1 se presentan las categorías que se emplearon en el análisis.

Tabla 1. Categorías del análisis

Dimensión / Variable	Subcategoría	Definición
6.1 Salud		Conjunto de condiciones mentales, físicas y sociales en las que se encuentra un individuo en un espacio y tiempo determinados.
	6.1.1 Ansiedad	Sentimiento de inquietud constante ante acontecimientos futuros. En el caso de la comida, se manifiesta como necesidad impulsiva y descontrolada de comer sin apetito real.
	6.1.2 Actitudes nocivas	Comportamientos dañinos que afectan tanto al propio individuo como a quienes lo rodean.
	6.1.3 Problemas hormonales	Cambios fisiológicos y metabólicos desencadenados por alteraciones hormonales de distinta causa.
6.2 Alimentación		Ingesta de alimentos para cubrir las necesidades nutritivas del organismo y aportar energía para el desarrollo.
	6.2.1 Sentimiento de culpa	Emoción surgida tras conductas percibidas como incorrectas, en situaciones reales o imaginarias.
	6.2.2 Restricción de comida	Limitación o prohibición en el consumo de determinados alimentos.
6.3 Relaciones familiares		Vínculos que mantienen las personas que integran un núcleo familiar con características definitorias.
6.4 Personalidad		Características y cualidades que distinguen a cada individuo.
	6.4.1 Autoestima y confianza	Percepciones, evaluaciones y creencias que un sujeto posee sobre sí mismo.
	6.4.2 Motivación	Conjunto de procesos internos que impulsan al individuo hacia determinadas metas o conductas.
	6.4.3 Percepción del cuerpo	Representación real o imaginaria que una persona tiene de su aspecto físico.
	6.4.4 Vergüenza	Emoción que limita la expresión y seguridad personal debido a factores internos o externos.
	6.4.5 Miedos en el futuro	Sentimientos de angustia o desconfianza ante riesgos reales o imaginarios.
6.5 Etapas de la vida		Cambios emocionales, sociales, biológicos, físicos y mentales que atraviesa la persona desde la infancia hasta la adolescencia tardía.
6.6 Relaciones personales		Vínculos afectivos o emocionales que se establecen con otras personas a través de sensaciones y experiencias.
	6.6.1 Sexualidad	Sentimientos y vivencias en el acto sexual cuando existe comodidad y atracción mutua.
6.7 Amistades		Relación afectiva entre individuos que comparten experiencias y momentos significativos.
6.8 Vida universitaria		Etapa del adolescente tardío marcada por el proceso de madurez y autonomía.
	6.8.1 Toma de conciencia	Conocimiento realista de las emociones, actitudes y del entorno.
	6.8.2 Hábitos saludables	Conductas que favorecen el bienestar y la salud del individuo.
6.9 Psicoterapia		Tratamiento psicológico dirigido a resolver enfermedades mentales y problemas de conducta.
6.10 Objetivos para superar el TCA		Acciones o comportamientos dirigidos a la superación del trastorno de la conducta alimentaria.

Aspectos éticos

Las entrevistas se desarrollaron en un ambiente íntimo, realizando pausas cuando era necesario, y, dejando fluir las conversaciones, para poder dar libertad a la entrevistada a exponer sus ideas y sentimientos, sin sobrecargar de preguntas los diálogos. El lenguaje empleado fue el español, y, en cuanto al nombre utilizado para dar figura a la protagonista de la historia es ficticio. Se obtuvo la previa autorización y consentimiento de la entrevistada. Se le informó de la finalidad del trabajo y el proceso para la realización de este. Los encuentros y el tiempo empleado fueron de mutuo acuerdo.

En todo momento se aseguró la confidencialidad de la historia del sujeto de estudio, preservando los resultados obtenidos. La recogida de estos y su posterior análisis, se realizó siguiendo los principios éticos destinados a los estudios relacionados con la salud de la Conferencia de Helsinki de la World Medical Association¹⁹.

Resultados

Salud

La entrevistada entiende la salud como un concepto integral en el que se conjugan dimensiones físicas, mentales y sociales. Desde pequeña, su experiencia estuvo marcada por el colesterol congénito, lo que derivó en un régimen autoritario de dietas supervisadas por nutricionistas. Este control no le impidió desarrollar patologías, pero sí condicionó profundamente su relación con la comida. Para ella, la salud no es sinónimo de delgadez, sino de equilibrio. En sus palabras: *“Mira, la base de todo está en el equilibrio, tenemos que comer de todo. Yo prefiero tener un hijo que a lo mejor no tenga el peso estándar pero que esté sano físicamente y mentalmente comiendo de todo, a lo contrario”*.

La ansiedad surge como consecuencia de las restricciones impuestas y de la necesidad de aparentar prudencia ante los demás. Relata cómo, de niña, se abstenía de consumir ciertos alimentos en público para satisfacer las expectativas maternas, pero luego recurría a atracones en privado: *“A lo mejor después llegaba a mi casa, y cuando no me veía nadie, me metía una cucharada de nocilla”*. Reconoce que la prohibición genera el deseo de lo prohibido: *“Cuando te ponen una restricción, seas pequeño o grande, en cualquier ámbito de la vida, vas a quererlo y necesitarlo”*.

En cuanto a las actitudes nocivas, confiesa que llegó a considerar el vómito como vía de compensación, aunque nunca lo practicó. En su lugar, utilizaba largos períodos de ayuno: *“Se me ha pasado por la mente vomitar, pero no lo he hecho, pero sí que me tiraba bastante tiempo sin comer”*.

Además, asocia su ansiedad con problemas hormonales, como alteraciones en los niveles de prolactina y ciclos menstruales irregulares. La atención médica le reveló la conexión entre su insomnio, su ansiedad y los desajustes hormonales, lo que supuso un punto de inflexión: *“La verdad, es que ese médico fue como un rayito de sol, me acuerdo que me dijo: podrías mirar para ir a terapia”*.

Alimentación

La alimentación es percibida como una fuente de conflicto más que de disfrute. Desde la infancia, la entrevistada estuvo sometida a dietas rígidas, con menús repetitivos que le generaban rechazo: *“Todas las semanas tenía el mismo programa de comidas, con el objetivo de perder peso. Relata, que en las horas de las comidas lo pasaba mal, porque no se encontraba cómoda ni motivada”*.

Los sentimientos de culpa aparecen como una consecuencia de este control y del autosabotaje posterior. Confiesa que nunca podía comer dulces con tranquilidad delante de su madre: *“Yo, por ejemplo, no recuerdo comerme un huevo kínder delante de mi madre teniendo la conciencia tranquila”*. La culpa se convierte en un círculo vicioso tras los atracones: *“En ese momento me decía a mí misma que eso no iba a volver a pasar... pero claro, después me sentía fatal lógicamente”*.

Respecto a la restricción de comida, señala la diferencia entre el trato recibido frente a su hermano, lo que le generaba frustración: *“A mí me encantaba el salchichón, y mi madre me decía que no porque tenía colesterol, pero yo veía a mi hermano comerlo, y a mí me daban pavo y lomo embuchado”*. Incluso cuando sus niveles de colesterol se normalizaron, las restricciones continuaron, centradas ya en el peso.

Relaciones familiares

La relación con su padre se describe como un sostén emocional constante, mientras que la figura materna representa la fuente principal de presión y crítica. Señala que su madre, sin intención de dañarla, proyectó en ella sus propias inseguridades: *“Puede ser que mi madre haya pasado por un trastorno alimentario también”*.

Los comentarios de la madre afectaron su autoestima y su confianza: *“Vas muy guapa hija, pero si perdieras unos kilos estaría mejor”*. Aunque con el tiempo ambas han conversado más abiertamente, la confianza aún no es plena: *“En temas que me afectan más sentimentalmente a mí, pues no tengo confianza con ella”*.

Personalidad

La entrevistada relata haber desarrollado una personalidad “defensiva”, basada en mostrar seguridad y alegría para ocultar su malestar. *“Yo siempre he sido la Ana feliz, la alocada, y cuando peor estaba, más segura intentaba mostrarme”*. Sin embargo, admite que en su interior predominaban la inseguridad y la tristeza.

En relación con la autoestima y la confianza, explica que su cuerpo ha sido siempre su mayor complejo. La vergüenza de mostrarse desnuda refleja su vulnerabilidad: *“A partir que yo cumplí 12/13 años, a mí no me ha vuelto a ver nadie desnuda”*. Reconoce que durante mucho tiempo pensó que las miradas de los demás eran burlas hacia su físico: *“Yo salía de fiesta, y veía que alguien me estaba mirando y lo primero que pensaba es que se estaban riendo de mí”*.

La motivación aparece ahora como un elemento renovado. Si antes solo la movían los estudios, actualmente busca equilibrio y aceptación personal: *“Hoy por hoy, siento motivación por estar bien conmigo misma, por no pisotearme, por reírme de verdad, sentirme tranquila y en paz mentalmente”*.

En cuanto a la percepción del cuerpo, admite haber tenido una visión distorsionada desde niña: *“Yo siempre gorda, siempre, desde que nací”*. Aunque ahora intenta cambiar esa mirada, reconoce que el proceso es lento. La vergüenza ha sido otro obstáculo, especialmente al recibir el diagnóstico de bulimia: *“No podía decir en grande: TENGO BULIMIA. Pero ahora sí, y estoy muy orgullosa de ello”*.

Etapas de la vida

La infancia y la adolescencia fueron recordadas como periodos felices, pero atravesados por complejos, burlas escolares y comparaciones familiares. A los 18 años, al mudarse a otra ciudad para estudiar, encontró una relativa liberación, aunque mantuvo la obsesión por el peso y la comida. Describe esa etapa como ambivalente: *“Yo salía de fiesta, me bebía mis cubatas, estaba con mis amigos y como que se me olvidaba todo un poco, pero cuando me volvía a levantar por la mañana, estaba igual de mal o peor”*.

Relaciones personales y sexualidad

Las relaciones sentimentales fueron escasas y complejas. La baja autoestima y la vergüenza de mostrarse condicionaron su manera de vincularse. Relata una relación dañina que, aunque la perjudicó, fue la única en la que logró sentirse cómoda con su cuerpo: *“Yo nunca me había sentido libre de mostrar mi cuerpo tal como era con nadie, y con él surgía y me apetecía”*. Sin embargo, con el tiempo comprendió que esa experiencia no le benefició en su recuperación.

Amistades

Las amistades representan un espacio de apoyo y comprensión. Asegura que nunca se sintió excluida por su aspecto físico, y que sus inseguridades provenían de sí misma: *“Cuando me he sentido diferente, ha sido por mí misma. Porque yo veía más guapas a mis amigas que a mí”*. Sus amigos reaccionaron con comprensión al conocer su TCA: *“Muchos de ellos era como que se lo esperaban... pero todos me apoyaron”*.

Vida universitaria

El traslado a Ceuta para cursar estudios universitarios significó un punto de inflexión. Supuso una huida del ambiente familiar restrictivo y la posibilidad de decidir por sí misma. *“Aquí si me apetecía un sábado comerme una pizza, pues me la comía, pero no me notaba tanta ansiedad como allí”*.

La toma de conciencia se consolidó al identificarse con actitudes de otras personas y al vivir experiencias académicas que confrontaron sus miedos. Un ejemplo fue la práctica de medidas antropométricas, que le generó pánico, pero que al compartirlo con su profesora supuso un paso hacia la aceptación: *“Recuerdo que*

le mandé un mensaje a mi amiga Sara, y le dije: mira yo sé que tengo un problema, a mí no me han diagnosticado nada, pero algo me pasa”.

El desarrollo de hábitos saludables aparece ahora como parte del proceso de recuperación. El ejercicio físico, antes vivido como castigo, ha pasado a ser una fuente de bienestar: *“Ahora lo veo como una forma de evasión, tranquilidad y me sirve mucho para despejar la mente”.*

Psicoterapia

El inicio de la psicoterapia estuvo acompañado de vergüenza y dudas, pero supuso un antes y un después en su evolución. Reconoce que en el momento más crítico fue indispensable: *“Cuando decidí ir, es que lo necesitaba, me vi ya tan saturada mentalmente”.* A través de la terapia, logró comprender sus problemas de ansiedad y abrirse al diálogo con su madre.

Objetivos para superar el TCA

Finalmente, los objetivos que se plantea se centran en no volver a caer en la autocrítica destructiva y en aprender a convivir con sus luces y sombras. Busca dejar atrás la idea de relacionar el deporte con el peso y transformarlo en una fuente de equilibrio emocional: *“Me asombro a mí misma, cuando por ejemplo salgo de fiesta, y no me fijo tanto en si me están mirando o no”.*

Su principal reto es mantener una actitud positiva consigo misma, del mismo modo en que siempre lo ha hecho con los demás: *“Me he propuesto, sobre todo, no volver atrás, no juzgarme, o darme cuenta que estoy haciéndolo y saber pararlo”.*

Discusión

Los trastornos de la conducta alimentaria (TCA) constituyen en la actualidad una de las problemáticas de salud más relevantes en población joven, especialmente entre los 15 y los 25 años. Su incidencia ha aumentado en las últimas décadas y, en países como España, se estima que alrededor de 400.000 personas padecen algún tipo de TCA, siendo la anorexia y la bulimia nerviosa las formas más comunes. Aproximadamente un 90 % de los casos corresponde a mujeres, lo que refleja la marcada dimensión de género que atraviesa este tipo de patologías⁶.

La elección de un enfoque cualitativo para el estudio de los TCA permite captar las vivencias, percepciones y actitudes de las personas afectadas, algo que resulta difícil de abordar mediante metodologías exclusivamente cuantitativas. Las entrevistas en profundidad se convierten en un recurso idóneo para acceder a los pensamientos y sentimientos que rodean la experiencia del trastorno, proporcionando información rica y contextualizada. El análisis de narrativas permite además reconstruir trayectorias vitales y observar cómo se articulan factores individuales, familiares y sociales en la génesis y mantenimiento del problema²⁰.

En comparación con otros diseños como los grupos focales o las entrevistas semiestructuradas a múltiples participantes, la historia de vida mediante entrevista individual posibilita una mayor libertad en el desarrollo de la conversación, genera confianza en la persona entrevistada y reduce el margen de error en la recogida de datos, al concentrarse en un solo caso. Aunque la representatividad estadística es limitada, la riqueza interpretativa del método cualitativo radica en su capacidad para ilustrar emociones y significados, lo que contribuye a la elaboración de hipótesis y a la prevención de conductas de riesgo^{21,22}.

El análisis de los datos cualitativos recogidos permite identificar estereotipos y creencias erróneas sobre la alimentación, muy difundidos en la sociedad actual y reforzados por los medios de comunicación y las redes sociales. Ideas como “un cuerpo delgado es un cuerpo sano”, “todas las grasas son perjudiciales” o “contar calorías garantiza una dieta equilibrada” revelan la influencia cultural en la construcción de los hábitos alimentarios. Estos mensajes, cuando son interiorizados de forma rígida, pueden derivar en actitudes obsesivas hacia la comida y el cuerpo²³.

Los resultados también ponen de relieve la importancia de los factores predisponentes en el desarrollo de la bulimia nerviosa. Entre los más habituales se encuentran la impulsividad, los rasgos de personalidad vulnerables y las dinámicas obsesivo-compulsivas, como el círculo de atracón y purga²⁴. En el caso analizado, la combinación de restricciones alimentarias, la preocupación constante por la silueta y la susceptibilidad interpersonal actuaron como desencadenantes del trastorno.

La percepción corporal emerge como el factor más estrechamente vinculado a los TCA, aunque interactúa con elementos como la genética, la cultura familiar, la personalidad y las enfermedades previas. En el caso estudiado, la influencia materna resultó decisiva: los comentarios críticos y la imposición de dietas desde la infancia favorecieron la construcción de una imagen corporal distorsionada y un estado de ansiedad sostenido. Estos hallazgos se alinean con estudios que identifican el entorno familiar como uno de los principales condicionantes externos en la aparición de TCA, ya que transmite normas y actitudes sobre el cuerpo y la alimentación que, en ocasiones, refuerzan la inseguridad y la autocrítica.

Junto a la familia, el contexto sociocultural ejerce un fuerte papel en la configuración de estos trastornos. Las normas culturales sobre la alimentación y las restricciones asociadas a determinadas creencias religiosas o estilos de vida también pueden constituir un factor de presión. Además, los medios de comunicación y las redes sociales difunden modelos de belleza basados en la delgadez extrema, que se presentan como estándares deseables y contribuyen al desarrollo de insatisfacción corporal. Este ideal afecta con especial intensidad a las mujeres, aunque cada vez se observan más casos de hombres jóvenes con problemas relacionados con la imagen y la alimentación¹².

Las consecuencias de los TCA abarcan múltiples dimensiones. A nivel físico, las alteraciones metabólicas, hormonales y nutricionales comprometen la salud general. A nivel psicológico, los trastornos se relacionan con depresión, ansiedad y, en los casos más graves, con conductas autodestructivas. El trastorno límite de la personalidad, caracterizado por impulsividad, inestabilidad afectiva y riesgo de autoagresión, aparece con frecuencia asociado a la bulimia, lo que exige una vigilancia clínica estrecha²⁵. Además, las secuelas trascienden lo individual y repercuten en la esfera social y familiar, deteriorando las relaciones interpersonales y la autonomía personal. El aislamiento, la pérdida de autoestima y la autoexigencia excesiva refuerzan un círculo de soledad que dificulta el acceso a redes de apoyo²⁶.

Conclusiones

La investigación cualitativa permite comprender con mayor profundidad los trastornos de la conducta alimentaria (TCA), al captar las emociones y experiencias de quienes los padecen. La bulimia se revela como un fenómeno multifactorial, donde confluyen biografía personal, personalidad y presión social, especialmente en torno a la imagen corporal. Sus consecuencias afectan de manera integral: alteraciones fisiológicas, ansiedad, depresión, baja autoestima y aislamiento social. Estos hallazgos refuerzan que los TCA son problemas complejos y multidimensionales, cuya atención requiere un abordaje integral y sensible que combine aspectos biográficos, psicológicos y sociales para favorecer la recuperación.

Financiación

La autora no ha recibido financiación o ayuda económica para la realización del estudio.

Conflictos de intereses

No existen conflictos de intereses.

Referencias

1. Garrido García J. Percepción y satisfacción de la imagen corporal en estudiantes universitarios. Valladolid: Universidad de Valladolid; 2017.
2. Palomares Cuadros L, Cuesta Santos JM, Estévez Díaz M, Torres Campos B. Desarrollo de la imagen corporal, la autoestima y el autoconcepto físico al finalizar la Educación Primaria. *Universitas Psychol*. 2017;16(4):1–13. doi: 10.11144/javeriana.upsy16-4.dica
3. Rincón Barreto G, Restrepo Escobar SM, Correa Pérez LF, Jorge Ospina Duque J, Montoya Arenas DA. Trastorno dismórfico corporal: una revisión de las dimensiones clínicas, neurobiología y neuropsicología. *Cuad Hispanoam Psicol*. 2020;19(1):1–21. doi: 10.18270/chps.v19i1.3133
4. Giraldo-O'Meara M, Belloch A. El trastorno dismórfico corporal: un problema infra-diagnosticado. *Rev Psicopatol Psicol Clin*. 2017;22(1):69-84. doi: 10.5944/rppc.vol.22.num.1.2017.17929

5. Beato-Fernández L, Rodríguez-Cano T. Identidad y Proceso Emocional de Cambio en los Trastornos del Comportamiento Alimentario. RDP;31(115):17-31. doi: 10.33898/rdp.v31i115.333
6. Encinas AM, Merino JM, Graellberna M, Villa-Asensi J, Álvarez T, Lacruz-Gascón T, García ARS. Modelo de interiorización y exteriorización para explicar el inicio de la psicopatología de los trastornos alimentarios en la adolescencia. Psicol Conductual. 2021;29(1):51-72. doi: 10.51668/bp.8321103s
7. Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG). Los trastornos de la conducta alimentaria son la tercera enfermedad crónica más frecuente entre adolescentes [Internet]. Madrid: SEMG; 30 Nov 2018 [citado 27 enero 2025]. Disponible en: <https://www.semg.es/index.php/noticias/item/326-noticia-20181130>
8. Moreno Redondo FJ, Benítez Brito N, Pinto Robayna B, Ramallo Fariña Y, Díaz Flores C. Prevalencia de Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA) en España: necesidad de revisión. Rev Esp Nutr Hum Diet [Internet]. 15 de julio de 2019 [citado 27 de agosto de 2025];23(Supl. 1):130-1. Disponible en: <https://www.renhyd.org/renhyd/article/view/891>
9. Alvarez CE, Herrera Monge MF, Herrera González E, Villalobos Víquez G, Araya Vargas G. Sobre peso, obesidad, niveles de actividad física y autoestima de la niñez centroamericana: un análisis comparativo entre países (Overweight, obesity, physical activity levels, and self-esteem in Central American children: comparative analysis between cou. Retos [Internet]. 1 de enero de 2020 [citado 14 de enero de 2025];37:238-46. Disponible en: <https://recyt.fecyt.es/index.php/retos/article/view/71680>
10. Escolar-Llamazares M, Martínez Martín MÁ, González Alonso MY, Medina Gómez MB, Mercado Val E, Lara Ortega F. Factores de riesgo de trastornos de la conducta alimentaria entre universitarios: estimación de vulnerabilidad por sexo y edad. Rev Mex Trastor Aliment. [Internet] 2017 [citado 10 de enero de 2025];8(2):105-12. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232017000200105&lng=es.
11. Montes Martínez J, Fuentes Prieto J, Herrero Martín G, Jáuregui-Lobera I. Alimentación familiar: influencia en el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de la conducta alimentaria. JONNPR [Internet]. 2020 [citado 12 de enero de 2025];5(10):1221-44. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2529-850X2020001000011
12. Gísero González ME. Factores de riesgo psicosociales en los Trastornos de la Conducta Alimentaria: Una revisión y algunas consideraciones para la prevención y la intervención. rdp [Internet]. 1 de marzo de 2020 [citado 16 de enero de 2025];31(115):33-47. Disponible en: <https://revistas.uned.es/index.php/rdp/article/view/35025>
13. Doldán C. The SCOFF Questionnaire in Spanish and Guarani: an alternative of primary prevention in Paraguay. Aten Primaria. 2020;52(10):792-3. doi: 10.1016/j.aprim.2020.03.006
14. Alonso del Río A. La intervención cognitivo - conductual en TCA. Una revisión sistemática de su efectividad basada en la evidencia. Valladolid: Universidad de Valladolid; 2020.
15. Schenkel EN, Pérez, MI. Un abordaje teórico de la investigación cualitativa como enfoque metodológico. Acta Geogr. 2019;12(30):227-33.
16. Landín Miranda M del R, Sánchez Trejo SI. El método biográfico-narrativo. Una herramienta para la investigación educativa. EDUCA [Internet]. 6 de mayo de 2019 [citado 18 de enero de 2025];28(54):227-42. Disponible en: <https://revistas.pucp.edu.pe/index.php/educacion/article/view/20789>
17. Jefferson G. On the organization of laughter in talk about troubles. In: Atkinson JM, Heritage J, editors. Structures of social action: studies in conversation analysis. Cambridge: Cambridge University Press; 1984. p. 346-69. doi:10.1017/CBO9780511665868.021
18. Flick U. Introducción a la investigación cualitativa. Madrid: Morata; 2012.
19. World Medical Association (WMA). Declaración de Helsinki de la AMM: principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [Internet]. Ferney-Voltaire: WMA; 2017 [citado 8 de enero 2025]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
20. Sánchez Bracho M, Fernández M, Díaz J. Técnicas e instrumentos de recolección de información: análisis y procesamiento realizado por el investigador cualitativo. RCUI [Internet]. 10 de enero de 2021 [citado 14 de enero de 2025];8(1):107-21. Disponible en: <https://revista.uisrael.edu.ec/index.php/rcui/article/view/400>
21. Díaz-Tendero D, Cruzat-Mandich C, Jiménez T, Martínez Pía, SS, Ulloa V. Mindfulness en el control del atracón, la perspectiva de un grupo de adultos chilenos. Rev. Mex. de trastor. aliment [Internet]. 2019 Jun [citado 19 de enero 2025];10(1):75-84. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-15232019000100075&lng=es. <https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2019.1.483>
22. Ochoa Sangrador C, Molina Arias M, Ortega Páez E. Inferencia estadística: contraste de hipótesis. Evid Pediatr. 2020;16:11.
23. Vasilachis I. Estrategias de investigación cualitativa. Vol. II. Barcelona: Gedisa; 2019.
24. Acosta-Enríquez ME. Factores de riesgo y determinantes que condicionan conductas alimentarias de riesgo (CAR) en estudiantes universitarios [Internet]. Universidad de Morelos (México); 2021 Apr [citado 20 agosto 2025]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/350831778_FACTORES_DE_RIESGO_Y_DETERMINANTES_QUE_CONDICIONAN_A_CONDUCTAS_ALIMENTARIAS_DE_RIESGO_CAR_EN_ESTUDIANTES_UNIVERSITARIOS/link/6074ec64585151ce17ece5d/download?tp=eyJjb250ZXh0Ijp7ImZpcnN0UGFnZSI6InB1YmxpY2F0aW9uIiwicGFZSI6InB1YmxpY2F0aW9uIn9

25. Saad MB, Eymann A, Granados N, Rotblat G, Dawson S, Cibeira A, Paz MC. Evolución y tratamiento de los trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes: serie de casos. Arch Argent Pediatr. 2021 Aug;119(4):e364-e369. doi: 10.5546/aap.2021.e364
26. Gaete V, López C. Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes. Rev Chil Pediatr [Internet]. 2020 [citado 21 enero 2025];91(5). Disponible en: <https://doi.org/10.32641/andespediatr.v91i5.1534>

Caso clínico

Capnografía en Urgencias y cuidados de enfermería estandarizados en un paciente con EPOC agudizado

Francisca Maria Molina Rivas^a, Rubén Fernández Sánchez^a, Rebeca Oyarbide Espinosa^a

^a Enfermería, Hospital Clinic Barcelona, Barcelona, España

Recibido el 4 de agosto de 2025. Aceptado el 14 de agosto de 2025.

Disponibile en Internet el 15 de agosto de 2025.

Resumen

Introducción: la exacerbación aguda de la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) constituye una causa frecuente de consulta en Urgencias. La capnografía permite controlar el intercambio gaseoso, facilitando una intervención precoz. **Objetivo:** evaluar la eficacia de un plan de cuidados de enfermería basado en las taxonomías NANDA, NOC y NIC en un paciente con EPOC agudizado monitorizado mediante capnografía. **Métodos:** se llevó a cabo un estudio de caso con seguimiento estructurado en tres fases (ingreso en Urgencias, a las 24 horas y al alta hospitalaria). Se aplicaron intervenciones enfermeras orientadas a la monitorización respiratoria, oxigenoterapia, manejo de la vía aérea y disminución de la ansiedad. Los indicadores del NOC Estado respiratorio: intercambio gaseoso fueron evaluados mediante escala de valoración de 1 a 5. **Resultados:** se halló una mejora en los indicadores: el paciente pasó de valores iniciales de 2-2-2 a puntuaciones de 4-4-4 al alta hospitalaria. La capnografía mostró reducción del EtCO₂ de 52 mmHg a 45 mmHg tras tratamiento y cuidados. La saturación de oxígeno alcanzó valores estables del 93–94% con flujo reducido de oxígeno. Además, se logró una disminución significativa de la ansiedad mediante comunicación terapéutica y educación en técnicas respiratorias. **Conclusiones:** la planificación de los cuidados de enfermería fue eficaz para mejorar la ventilación y reducir la ansiedad en un paciente con EPOC agudizado. La integración de la capnografía y el rol enfermero en la monitorización, intervención y educación se muestran fundamentales para optimizar la seguridad y el resultado clínico en Urgencias.

Palabras clave: EPOC; capnografía; cuidados de enfermería; NANDA-NOC-NIC; Urgencias.

Abstract

Introduction: Acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease (COPD) is a common reason for emergency department visits. Capnography monitors gas exchange, facilitating early intervention. **Objective:** To evaluate the effectiveness of a nursing care plan based on the NANDA, NOC, and NIC taxonomies in a patient with COPD exacerbation monitored by capnography. **Methods:** A case study was conducted with a structured follow-up in three phases (admission to the Emergency Department, at 24 hours, and upon hospital discharge). Nursing interventions focused on respiratory monitoring, oxygen therapy, airway management, and anxiety reduction were applied. The NOC indicators (Respiratory status: gas exchange) were assessed using a 1-to-5 rating scale. **Results:** An improvement in the indicators was found: the patient went from initial values of 2-2-2 to scores of 4-4-4 at hospital discharge. Capnography showed a reduction in EtCO₂ from 52 mmHg to 45 mmHg after treatment and care. Oxygen saturation reached stable values of 93–94% with reduced oxygen flow. Furthermore, a significant reduction in anxiety was achieved through therapeutic communication and education in respiratory techniques. **Conclusions:** Nursing care planning was effective in improving ventilation and reducing anxiety in a patient with COPD exacerbation. The integration of capnography and the nursing role in monitoring, intervention, and education are essential to optimize safety and clinical outcomes in the Emergency Department.

Keywords: COPD; Capnography; Nursing Care; NANDA-NOC-NIC; Emergency Department.

La capnografía se ha convertido en una herramienta de monitorización esencial en Urgencias para evaluar, de forma continua y no invasiva, la ventilación mediante el dióxido de carbono espirado al final de la espiración (EtCO₂). Mediante la información inmediata de los valores de ventilación, perfusión y metabolismo, permite detectar de forma temprana hipoventilación, hipercapnia y cambios en el estado clínico, incluso antes de que se manifiesten en la oximetría pulsátil¹. En pacientes con disnea aguda o exacerbaciones de enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), su integración facilita la valoración inicial, la titulación segura de oxígeno y el seguimiento de la respuesta a broncodilatadores o soporte ventilatorio no invasivo^{2,3}.

En el ámbito de Urgencias, la utilidad de la capnografía se extiende tanto a pacientes intubados como a no intubados. En estos últimos, el muestreo por cánula nasal permite monitorizar el patrón ventilatorio y el EtCO₂, aportando datos que ayudan a diferenciar etiologías de la insuficiencia respiratoria y a anticipar deterioro clínico^{2,3}. La evidencia específica del servicio de Urgencias indica beneficios en situaciones diversas, como la sedoanalgesia procedimental, el control del intercambio gaseoso y la detección de eventos respiratorios adversos, con implicaciones directas para la seguridad del paciente y los flujos de trabajo asistenciales².

El personal de enfermería desempeña un papel clave en la colocación, verificación y lectura básica de la capnografía, en la educación al paciente y en la comunicación de hallazgos relevantes al equipo. La adopción de estándares para el uso de capnografía fuera del quirófano —incluidas áreas críticas y Urgencias— ha sido impulsada por recomendaciones que subrayan su impacto en seguridad y resultados⁴. En este contexto, los planes de cuidados basados en NANDA-NOC-NIC ofrecen un marco estructurado para traducir la información capnográfica en diagnósticos, objetivos e intervenciones orientadas a optimizar el intercambio gaseoso y prevenir complicaciones.

Este estudio presenta un caso de Urgencias en el que se aplica capnografía junto con un plan de cuidados de enfermería estandarizado, ilustrando cómo la monitorización avanzada puede integrarse con la taxonomía NANDA-NOC-NIC para mejorar la toma de decisiones y la calidad asistencial

Métodos

Descripción del caso

El paciente es un varón de 64 años que acude al servicio de Urgencias acompañado por su esposa por presentar disnea progresiva, tos productiva con expectoración verdosa y sensación de opresión torácica de 48 horas de evolución. Entre sus antecedentes destacan hipertensión arterial controlada con enalapril y

enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC) diagnosticada hace 10 años, en tratamiento domiciliario con broncodilatadores inhalados de larga duración. Es exfumador, con un índice acumulado de 40 paquetes-año. No presenta alergias medicamentosas conocidas.

Refiere vida sedentaria y ganancia de peso en los últimos años, con un índice de masa corporal de 31 kg/m². Vive con su esposa en un entorno urbano y cuenta con apoyo familiar adecuado. No trabaja actualmente debido a jubilación anticipada por incapacidad laboral relacionada con la EPOC.

En la exploración inicial, el paciente se encuentra consciente y orientado, con frecuencia respiratoria de 28 rpm, uso de musculatura accesoria y saturación de oxígeno del 88% al aire ambiente. La frecuencia cardíaca es de 108 lpm, la tensión arterial de 144/86 mmHg y la temperatura de 37,5 °C. La auscultación revela roncus y sibilancias difusas en ambos campos pulmonares.

Se inicia oxigenoterapia con gafas nasales a 2 l/min y monitorización cardiorrespiratoria, incluyendo capnografía, que muestra un valor de EtCO₂ de 52 mmHg, compatible con hipercapnia. El cuadro clínico se interpreta como una exacerbación aguda de EPOC, por lo que se pauta broncodilatadores de acción corta en aerosol, corticoides sistémicos y antibioterapia empírica, junto con cuidados enfermeros orientados a la vigilancia respiratoria, la oxigenoterapia y la educación en técnica inhalatoria.

Exploración física

El paciente se encuentra consciente, orientado y con evidente dificultad respiratoria. Presenta disnea en reposo con uso de musculatura accesoria, respiración superficial y taquipnea de 28 respiraciones por minuto. La auscultación pulmonar revela roncus y sibilancias difusas en ambos campos pulmonares, con espiración prolongada. Saturación basal de oxígeno al aire ambiente: 88%.

Constantes vitales: tensión arterial 144/86 mmHg, frecuencia cardíaca 108 lpm, temperatura 37,5 °C, frecuencia respiratoria 28 rpm. La piel está sudorosa y con leve cianosis peribucal. No se observan edemas en extremidades ni ingurgitación yugular.

Pruebas complementarias

Gasometría arterial: pH 7,32; PaCO₂ 58 mmHg; PaO₂ 60 mmHg; HCO₃⁻ 28 mEq/L, datos compatibles con insuficiencia respiratoria parcial e hipercapnia crónica descompensada.

Capnografía: valor de EtCO₂ inicial de 52 mmHg, con curva espiratoria prolongada y ascendente, indicativa de obstrucción de la vía aérea.

Radiografía de tórax: hiperinsuflación pulmonar con aplanamiento de diafragmas, sin condensaciones parenquimatosas evidentes.

Hemograma y bioquímica: leucocitosis de 13.200/μL con neutrofilia, proteína C reactiva elevada (38 mg/L), glucemia basal 112 mg/dL, resto de parámetros dentro de la normalidad.

Situación actual

Tras la valoración clínica y los resultados de las pruebas complementarias, el cuadro se interpreta como una **exacerbación aguda de EPOC con insuficiencia respiratoria parcial e hipercapnia descompensada**. El paciente presenta un riesgo elevado de deterioro ventilatorio, motivo por el cual se decide mantener monitorización cardiorrespiratoria continua, incluyendo control de saturación de oxígeno y capnografía. Se pauta oxigenoterapia controlada con gafas nasales a 2–3 l/min, broncodilatadores de acción corta mediante aerosol a intervalos regulares, corticoides intravenosos y antibioterapia empírica de amplio espectro en espera de resultados microbiológicos.

Desde enfermería, se establece un plan de vigilancia intensiva del patrón respiratorio, registrando la frecuencia, la calidad de la mecánica ventilatoria y la evolución de los valores de EtCO₂. Se refuerza la educación sanitaria sobre el uso correcto de inhaladores, se promueve la adopción de posición semifowler

para mejorar la expansión pulmonar y se enseñan técnicas de respiración diafragmática y tos eficaz con el fin de facilitar la movilización de secreciones.

El paciente refiere ansiedad ante la disnea y expresa temor a un posible ingreso en la UCI. Ante ello, se incluye apoyo emocional y acompañamiento continuado por parte del equipo de enfermería, favoreciendo la comunicación terapéutica y la implicación de la esposa en los cuidados inmediatos.

La combinación de EPOC, obesidad y sedentarismo aumenta la probabilidad de complicaciones respiratorias y cardiovasculares, lo que justifica la implementación de un **plan de cuidados individualizado**, basado en las taxonomías NANDA, NOC y NIC, con el fin de optimizar el intercambio gaseoso, reducir el riesgo de deterioro ventilatorio y favorecer la adherencia a los tratamientos.

Diagnóstico de enfermería

Diagnóstico principal

[00030] Deterioro del intercambio gaseoso r/c desequilibrio ventilación/perfusión mp disnea, hipoxemia e hipercapnia

- Dominio 4: Actividad/Reposo
- Clase 4: Respuestas cardiovasculares/pulmonares
- Definición: Exceso o déficit en la oxigenación y/o eliminación de dióxido de carbono en la membrana alveolo-capilar.

Diagnóstico secundario 1

[00032] Patrón respiratorio ineficaz r/c obstrucción de la vía aérea mp disnea, uso de músculos accesorios y FR elevada.

- Dominio 4: Actividad/Reposo
- Clase 4: Respuestas cardiovasculares/pulmonares
- Definición: Inspiración y/o espiración que no proporciona una ventilación adecuada.

Diagnóstico secundario 2

[00146] Ansiedad r/c estado de salud y hospitalización mp verbalización de temor y nerviosismo.

- Dominio 9: Afrontamiento/tolerancia al estrés
- Clase 2: Respuestas de afrontamiento
- Definición: Sensación vaga e intranquilizadora de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autónoma (cuyo origen con frecuencia es inespecífico o desconocido) que anticipa un peligro.

Planificación

El NOC seleccionado es:

[0402] Estado respiratorio: intercambio gaseoso

- Definición: Adecuación del intercambio alveolar de oxígeno y dióxido de carbono para mantener los valores esperados de gases sanguíneos.
- Dominio 2: Salud fisiológica
- Clase F: Estado respiratorio

Indicadores y valoración inicial (V):

- [40201] Saturación de oxígeno arterial (V = 2)
- [40203] Signos de hipercapnia (V = 2)
- [40204] Disnea en reposo (V = 2)

Se han seleccionados las siguientes intervenciones NIC:

[3350] Monitorización respiratoria

- Definición: Recogida y análisis de datos del paciente para asegurar una adecuada ventilación y oxigenación.
- Campo 2: Fisiológico: Complejo
- Clase K: Control respiratorio

Actividades:

- Observar la frecuencia, ritmo y profundidad respiratoria.
- Controlar saturación de oxígeno con pulsioximetría continua.
- Monitorizar EtCO₂ mediante capnografía.
- Vigilar signos de hipoxemia e hipercapnia.
- Registrar cambios en el patrón respiratorio y notificar alteraciones significativas.

[3320] Oxigenoterapia

- Definición: Administración de oxígeno y control de su efectividad.
- Campo 2: Fisiológico: Complejo
- Clase K: Control respiratorio

Actividades:

- Administrar oxígeno según prescripción médica.
- Ajustar el flujo de O₂ en función de la respuesta clínica y gasométrica.
- Comprobar la correcta colocación y permeabilidad del dispositivo de oxigenación.
- Valorar la tolerancia y posibles complicaciones de la oxigenoterapia.
- Retirar progresivamente la oxigenoterapia cuando se estabilicen los parámetros respiratorios.

[3140] Manejo de la vía aérea

- Definición: Facilitar la permeabilidad de la vía aérea.
- Campo 2: Fisiológico: Complejo
- Clase K: Control respiratorio

Actividades:

- Colocar al paciente en posición *semifowler* para favorecer la expansión pulmonar.
- Enseñar y favorecer la tos eficaz.
- Realizar fisioterapia respiratoria básica si procede.
- Mantener material de aspiración disponible en caso de obstrucción por secreciones.

Resultados

Tras la planificación de las intervenciones de enfermería orientadas a la mejora del intercambio gaseoso, la permeabilidad de la vía aérea y el manejo de la ansiedad, las actividades fueron implementadas de forma continua durante la estancia en Urgencias y posteriormente en la hospitalización breve. El paciente mostró una evolución clínica favorable, con progresiva estabilización respiratoria y disminución de la disnea.

La intervención [3350] Monitorización respiratoria permitió un control estricto de la frecuencia respiratoria, saturación de oxígeno y niveles de EtCO₂. En las primeras horas, la capnografía mostró valores elevados de 52 mmHg, que descendieron hasta 45 mmHg tras el inicio de oxigenoterapia y broncodilatadores.

Con la intervención [3320] Oxigenoterapia, se administró oxígeno controlado mediante cánula nasal, ajustando el flujo según respuesta clínica y gasométrica. La saturación mejoró progresivamente, alcanzando 93–94% en reposo con flujo reducido a 2 l/min.

En relación con [3140] Manejo de la vía aérea, se instruyó al paciente en técnicas de respiración diafragmática y tos eficaz, lo que favoreció la movilización de secreciones. La auscultación evidenció disminución de roncus y sibilancias tras 24 horas.

Se establecieron tres momentos de seguimiento:

- Seguimiento 1 – Ingreso en Urgencias (0 h):

- [40201] Saturación de oxígeno arterial (V = 2)
- [40203] Signos de hipercapnia (V = 2)
- [40204] Disnea en reposo (V = 2)
- Seguimiento 2 – A las 24 h:
 - [40201] Saturación de oxígeno arterial (V = 3)
 - [40203] Signos de hipercapnia (V = 3)
 - [40204] Disnea en reposo (V = 3)
- Seguimiento final – Al alta hospitalaria (48–72 h):
 - [40201] Saturación de oxígeno arterial (V = 4)
 - [40203] Signos de hipercapnia (V = 4)
 - [40204] Disnea en reposo (V = 4)

El paciente fue dado de alta con oxigenoterapia domiciliar transitoria y seguimiento en consulta de neumología. Mostró comprensión adecuada de la técnica inhalatoria y verbalizó seguridad en el manejo de signos de alarma, reduciéndose de manera significativa la ansiedad inicial.

Discusión

La evolución clínica del paciente pone de relieve la importancia de integrar la capnografía como herramienta de monitorización continua en el ámbito de Urgencias. En este caso, la detección precoz de hipercapnia permitió ajustar la oxigenoterapia y los broncodilatadores de forma individualizada, logrando una estabilización progresiva del intercambio gaseoso. La literatura científica destaca que la capnografía es más sensible que la pulsioximetría para identificar hipoventilación, especialmente en pacientes con enfermedad pulmonar crónica, ya que la saturación puede mantenerse normal durante un tiempo a pesar de la retención de CO₂¹.

Las intervenciones de enfermería planificadas con base en la taxonomía NANDA, NOC y NIC han mostrado ser útiles para estructurar un cuidado integral. La monitorización respiratoria, el manejo de la vía aérea y la administración segura de oxígeno han sido claves para mejorar los indicadores seleccionados. Estudios recientes indican que el uso de planes estandarizados favorece la calidad asistencial y aumenta la adherencia del paciente a las medidas terapéuticas al alta². En este sentido, la enseñanza de técnicas de respiración diafragmática y tos eficaz, junto con la educación sobre inhaladores, constituyen estrategias efectivas para prevenir recaídas y reducir el riesgo de reingresos hospitalarios en pacientes con EPOC.

Un aspecto relevante fue el abordaje de la ansiedad, ya que el paciente manifestó temor e inseguridad en la fase inicial de la exacerbación. La evidencia muestra que la ansiedad influye negativamente en la percepción de disnea y puede agravar la dificultad respiratoria⁵. La intervención enfermera centrada en la comunicación terapéutica, el acompañamiento y la explicación clara de los procedimientos contribuyó a disminuir este nivel de ansiedad, favoreciendo la colaboración activa del paciente en su tratamiento.

Este caso evidencia también la relevancia de factores de riesgo como la obesidad y el sedentarismo, que condicionan tanto el pronóstico de la EPOC como la evolución de las exacerbaciones agudas. La educación sanitaria y la promoción de hábitos saludables forman parte de la atención integral, tal y como recomiendan las guías internacionales de manejo de la EPOC⁶.

Conclusiones

Este estudio de caso muestra la utilidad de un plan de cuidados de enfermería estructurado con las taxonomías NANDA, NOC y NIC en un paciente con exacerbación aguda de EPOC monitorizado mediante capnografía en Urgencias. La aplicación de intervenciones centradas en la monitorización respiratoria, el manejo de la vía aérea, la oxigenoterapia y la educación sanitaria permitió mejorar de forma progresiva los indicadores clínicos, reduciendo la disnea y normalizando los valores de intercambio gaseoso.

Asimismo, el abordaje de la ansiedad del paciente favoreció la adherencia a las intervenciones y mejoró la percepción de control sobre su estado de salud. La integración de la capnografía como herramienta de monitorización avanzada reforzó la seguridad clínica y facilitó la detección temprana de hipercapnia, optimizando la toma de decisiones. Este caso evidencia el valor del rol enfermero en la atención integral, preventiva y educativa en situaciones de alta complejidad clínica.

Financiación

Los autores no han recibido financiación o ayuda económica para la realización del estudio.

Conflictos de intereses

No existen conflictos de intereses.

Referencias

1. Kodali BS. Capnography outside the operating rooms. *Anesthesiology*. 2013;118(1):192-201. doi:10.1097/ALN.0b013e318278c8b6
2. Long B, Koyfman A, Vivirito MA. Capnography in the Emergency Department: A Review of Uses, Waveforms, and Limitations. *J Emerg Med*. 2017;53(6):829-842. doi:10.1016/j.jemermed.2017.08.026
3. Manifold CA, Davids N, Villers LC, Wampler DA. Capnography for the nonintubated patient in the emergency setting. *J Emerg Med*. 2013;45(4):626-632. doi:10.1016/j.jemermed.2013.05.012
4. Whitaker DK, Benson JP. Capnography standards for outside the operating room. *Curr Opin Anaesthesiol*. 2016;29(4):485-492. doi:10.1097/ACO.0000000000000355
5. Yohannes AM, Alexopoulos GS. Depression and anxiety in patients with COPD. *Eur Respir Rev*. 2014;23(133):345-349. doi:10.1183/09059180.00007813
6. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Global Strategy for the Diagnosis, Management, and Prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease. 2024 Report. GOLD; 2024. Disponible en: <https://goldcopd.org>

Revisión

Burnout y humanización en el personal de enfermería en unidades de cuidados intensivos

Aldo Redondo Marrero^a

a Enfermería, Centro de Salud de Guanarteme (Gran Canaria, Las Palmas, España), Atención Primaria, Agencia de Adultos (Servicio Canario de Salud)

Recibido el 5 de julio de 2025. Aceptado el 7 de agosto de 2025.

Disponible en Internet el 14 de agosto de 2025.

Resumen

Introducción: el entorno sanitario actual impone desafíos significativos al personal de enfermería, especialmente en las unidades de cuidados intensivos. **Objetivo:** analizar la relación entre el síndrome de burnout en enfermería de Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) y las prácticas de humanización de los cuidados, describir los factores que influyen en la humanización, identificar causas y consecuencias del burnout y revisar intervenciones organizacionales y de apoyo que disminuyan el burnout y favorezcan el bienestar del personal. **Métodos:** se realizó una revisión sistemática en PubMed, WOS y Scopus, para seleccionar estudios primarios publicados entre 2014 y 2024. Se evaluó la calidad metodológica mediante la ficha de lectura crítica FLC 3.0. **Resultados:** los resultados evidencian una relación compleja y bidireccional entre el burnout y la humanización. Un ambiente de trabajo favorable se asocia con menores niveles de burnout, lo que podría facilitar la implementación de cuidados más humanizados. Por otro lado, el burnout puede actuar como una barrera para proporcionar una atención centrada en la persona. Estrategias de humanización, como el uso del "Get to Know Me Board", fueron valoradas positivamente. Se destaca la importancia de la gestión participativa y el bienestar del personal, incluyendo la duración de las vacaciones, como factores relevantes. **Conclusiones:** la evidencia sugiere que fomentar un entorno laboral humanizado puede contribuir a mitigar el burnout en enfermería de UCI, favoreciendo una atención de mayor calidad y centrada en la dignidad del paciente. Se requiere investigación futura para establecer relaciones causales y evaluar el impacto de intervenciones específicas.

Palabras clave: humanización; unidades de cuidados intensivos; burnout; personal de enfermería de unidades de cuidados intensivos; enfermería de cuidados críticos.

Abstract

Introduction: The current healthcare environment imposes significant challenges on nursing staff, especially in intensive care units. **Objective:** To analyze the relationship between burnout syndrome in Intensive Care Unit (ICU) nursing and humanization practices of care, describe the factors that influence humanization, identify causes and consequences of burnout, and review organizational and support interventions that reduce burnout and promote staff well-being. **Methods:** A systematic review was conducted in PubMed, WOS and Scopus to select primary studies published between 2014 and 2024. Methodological quality was assessed using the FLC 3.0 critical reading form. **Results:** The results show a complex and bidirectional relationship between burnout and humanization. A supportive work environment is associated with lower levels of burnout, which could facilitate the implementation of more humanized care. On the other hand, burnout can act as a barrier to providing person-centered care. Humanization strategies, such as the use of the "Get to Know Me Board," were positively evaluated. The importance of participatory management and staff well-being, including vacation duration, are highlighted as relevant factors. **Conclusions:** Evidence suggests that fostering a humane work environment can help mitigate burnout in ICU nursing, promoting higher-quality care focused on patient dignity. Future research is needed to establish causal relationships and evaluate the impact of specific interventions.

Keywords: Humanization; Intensive Care Units; Burnout; Intensive Care Unit Nursing Staff; Critical Care Nursing.

El entorno sanitario actual, caracterizado por una creciente complejidad tecnológica y una demanda asistencial en constante aumento, impone desafíos significativos al personal de enfermería. Dentro de este contexto, las Unidades de Cuidados Intensivos (UCI) se definen como un área especializada dentro de un hospital, dedicada a la atención y el tratamiento de pacientes con enfermedades graves, potencialmente mortales o que requieren una supervisión y cuidados médicos constantes. Estas unidades cuentan con un equipo multidisciplinario compuesto por médicos intensivistas, enfermeras especializadas en cuidados intensivos, terapeutas respiratorios, farmacéuticos, nutricionistas y otros profesionales de la salud. Este equipo trabaja en conjunto para ofrecer un enfoque integral en el manejo de los pacientes críticos, garantizando la calidad y la seguridad en su atención¹.

Las UCI afrontan retos como la sobrecarga asistencial, el riesgo de infecciones nosocomiales y el estrés laboral del personal por lo que el síndrome de desgaste profesional o burnout ha cobrado especial relevancia en las profesiones de ayuda, y particularmente en el ámbito de la salud. Este último es definido como un estado de agotamiento mental, emocional y físico que se presenta como resultado de exigencias agobiantes, estrés crónico o insatisfacción laboral². Freudenberger fue el primero en describir en 1974 esta condición al observar un marcado desgaste en los profesionales de un centro comunitario, caracterizado por fatiga crónica, insomnio y pérdida de motivación³. Posteriormente, en 1981 Maslach y Jackson, sistematizaron el concepto mediante la creación del Maslach Burnout Inventory (MBI), identificando tres dimensiones: agotamiento emocional, despersonalización y baja realización personal⁴.

Un estudio en España encontró que la prevalencia general de burnout entre el personal sanitario fue del 14%, siendo los enfermeros los más afectados con un 16%, a su vez se identificaron que factores como la baja satisfacción profesional, relaciones laborales regulares, reconocimiento laboral insuficiente y una alta carga emocional estaban asociados con niveles elevados de burnout⁵. Del mismo modo, investigaciones en España han evidenciado que las enfermeras de UCI presentan puntuaciones significativamente más altas en las tres dimensiones del burnout en comparación con otros servicios hospitalarios, particularmente en situaciones de alta presión como turnos rotatorios, falta de descanso y percepción de escaso reconocimiento⁶.

Este síndrome no solo afecta al bienestar psicológico del personal, sino que se relaciona con tasas elevadas de absentismo laboral, rotación profesional, intención de abandono del puesto de trabajo, y una disminución notable en los niveles de empatía y calidad asistencial. La persistencia del burnout también ha sido vinculada con trastornos del sueño, depresión, ansiedad y mayor riesgo de cometer errores en la atención sanitaria⁷.

La humanización de los cuidados en las UCI ha emergido como una respuesta crítica a la creciente tecnificación y despersonalización en los hospitales. Este enfoque busca centrar la atención en la persona, preservando su dignidad y valores, y atendiendo no solo a sus necesidades médicas, sino también a sus aspectos emocionales, psicológicos y sociales durante el proceso de enfermedad crítica^{8,9}.

La introducción de la humanización en las UCI, en particular, comenzó a ganar relevancia en la década de 1990. En ese momento, los profesionales de la salud comenzaron a ser conscientes de los efectos negativos que la alta tecnificación de la atención podía tener en la experiencia de los pacientes y sus familias. Esto llevó a un enfoque más holístico que no solo aborda la enfermedad, sino también el sufrimiento humano que acompaña a la estancia en una unidad crítica¹⁰. En este contexto, la humanización de los cuidados en las UCI se refiere a la implementación de prácticas que respeten la dignidad, los derechos y las necesidades emocionales de los pacientes, al mismo tiempo que se fomente un entorno de respeto, empatía y apoyo mutuo entre el personal sanitario, el paciente y la familia. La humanización implica crear un entorno donde el paciente sea tratado no sólo como un cuerpo con enfermedades, sino como una persona que vive una experiencia única de salud¹¹.

Por todo ello, es necesario revisar la relación entre el síndrome de burnout y las prácticas de humanización de UCI. Así, el objetivo principal de este trabajo es analizar la relación entre el burnout en los enfermeros de UCI y las prácticas de humanización de los cuidados, identificando los principales factores de riesgo, las estrategias de prevención y los beneficios potenciales derivados de una atención centrada en la dignidad y el bienestar de todos los implicados.

Métodos

Diseño

Siguiendo las directrices de la Declaración PRISMA 2020¹², se llevó a cabo una búsqueda sistemática de estudios que analizaran la relación entre el burnout y la humanización de cuidados en unidades de cuidados intensivos. La búsqueda de los artículos comenzó el 15 diciembre del año 2024, concluyendo el 15 de marzo de 2025.

Criterios de elegibilidad y variables de resultado

Para llevar a cabo una búsqueda precisa, se delimitaron los criterios de inclusión que indican en la Tabla 1.

Tabla 2. Características de los estudios seleccionados

Variable/Dimensión	Criterios de inclusión
Tipo de publicación	Artículos de investigación de libre acceso a texto completo.
Tema y objetivo	Burnout y humanización de cuidados.
Diseño	Estudios primarios
Población Participante	Personal de enfermería de UCI
Idioma	Español, inglés, portugués.
Año de publicación	2014-2024
Servicio	UCI

Los criterios de exclusión fueron: a) artículos no disponibles en texto completo o de libre acceso; b) estudios secundarios; c) artículos llevados a cabo en periodo de pandemia; d) artículos cuyo escenario de estudio es una UCI pediátrica o neonatal; e) investigaciones realizadas en profesionales de otras disciplinas sanitarias o no relacionadas exclusivamente con el personal de enfermería; f) estudios publicados en idiomas distintos al español o inglés.

La variable de resultado principal fue el burnout.

Estrategias de búsqueda

La estrategia de búsqueda se organizó a partir de la siguiente pregunta que sigue el modelo PICO: ¿Está relacionado el Burnout con la humanización de los cuidados de enfermería en unidades de cuidados intensivos?

Para la selección de los estudios, se llevó a cabo un proceso de búsqueda en diversas fuentes de información científicas, incluyendo las bases de datos PubMed, Scopus y WoS. Para cada bloque se localizaron los términos indexados en Descriptores en Ciencias de la Salud (DeCS) (Unidades de Cuidados Intensivos, Enfermería de Cuidados Críticos, Humanización, Burnout) y Medical Subject Heading (MeSH) (Intensive Care Units, Critical Care Nursing, Humanization, Burnout professional), que se combinaron con términos de designación libre a través de los operadores booleanos AND y OR:

PubMed:

- Ecuación de búsqueda: (((("intensive care units"[MeSH Terms]) OR (Critical Care Nursing [MeSH Terms])) AND ("burnout, professional"[MeSH Terms]) OR (humanization)))
- Filtros: Publication Date (10 years); Text availability (Free full text); Article Type (Clinical Trial, Randomized control trial); Article language (English, Spanish).

Scopus:

- Ecuación de búsqueda: TITLE-ABS-KEY ("intensive care units" OR "Critical Care Nursing") AND TITLE-ABS-KEY ("burnout, professional" OR humanization) AND (LIMIT-TO (OA, "all")) AND (LIMIT-TO (DOCTYPE, "ar")) AND (LIMIT-TO (SUBJAREA, "NURS")) AND (LIMIT-TO (LANGUAGE, "English") OR LIMIT-TO (LANGUAGE, "Spanish"))
- Filtros: Year (2014-2024); Subject Area (Limit to Nursing); Document Type (Limit to Article); Language (Limit to Spanish, English); Open Access (Limit to all open access).

WoS:

- Ecuación de búsqueda 1: (((TS=(intensive care units)) OR TS=(Critical Care Nursing)) AND TS=(Burnout professional)) OR TS=(Humanization)
- Ecuación de búsqueda 2: (((TS=(intensive care units)) OR TS=(Critical Care Nursing)) AND TS=(Burnout professional)) AND TS=(Humanization)
- Filtros: Year (2014-2024); Subject Area (Limit to Nursing); Document Type (Limit to Article); Language (Limit to Spanish, English); Open Access (Limit to all open access).

Evaluación del riesgo de sesgo

La evaluación del riesgo de sesgo se realizó mediante la herramienta Ficha de lectura crítica (FLC) 3.0¹³, diseñada para realizar una evaluación sistemática de los estudios y determinar su fiabilidad y validez en relación con la pregunta de investigación. Una vez se llevan a cabo estas fichas de lectura crítica, se obtiene una tabla con las características principales de las investigaciones, (objetivos, características de la muestra, método, medidas, etc.) y una valoración de la calidad metodológica de la evidencia científica que se divide en cuatro categorías (alta, media, baja o no valorable)¹³. Se incluyeron aquellos estudios de calidad media y alta, desechando los de calidad baja.

Recopilación y análisis de datos

En el proceso de recogida y selección de estudios se realizó una evaluación individual de las publicaciones halladas. En primer lugar, se eliminaron los artículos duplicados y aquellos que a juicio del investigador no cumplían los criterios de inclusión o contenían alguno de los criterios de exclusión. Tras la selección se llevó a cabo el procedimiento de extracción de la información necesaria para caracterizar los estudios y responder la pregunta de investigación.

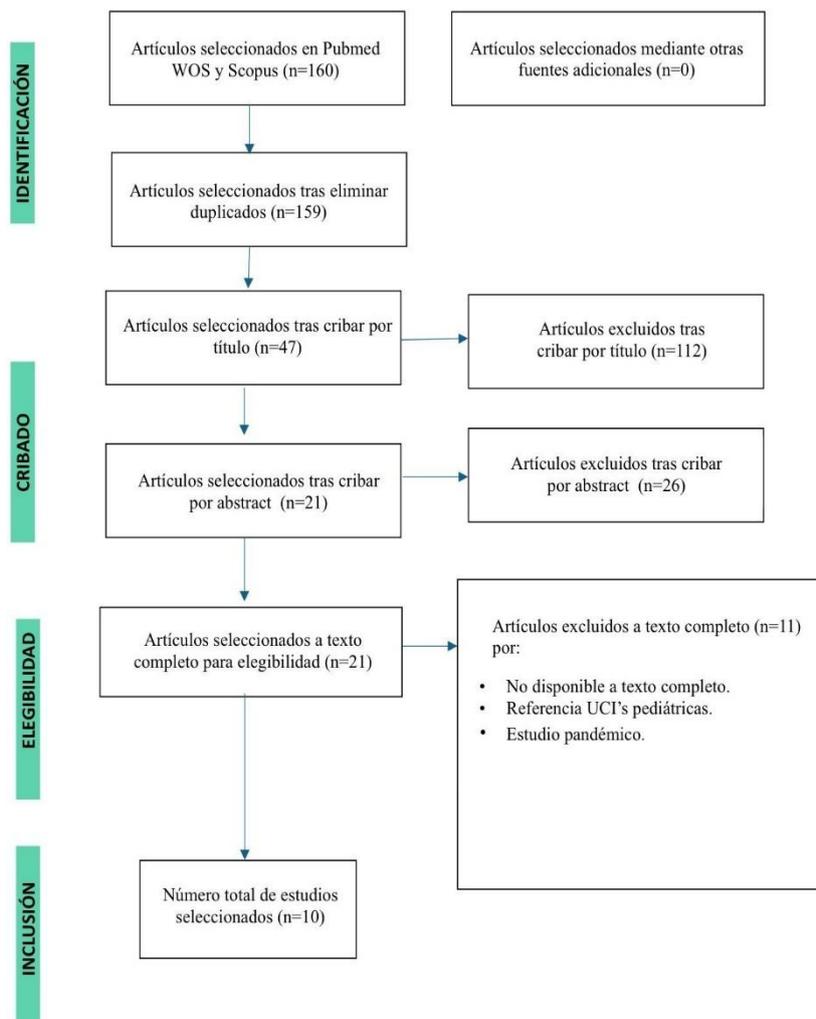
Resultados

Extracción de datos

Al implementar la estrategia de búsqueda 1 en la base de datos PubMed se obtuvo un total de 4.850 artículos. Tras aplicar un filtro para identificar únicamente estudios de carácter primario, la cifra se redujo a 221 artículos. Esta estrategia fue depurada siguiendo los criterios detallados. Posteriormente, se aplicó un filtro temporal que limitó los resultados a publicaciones de los últimos 10 años, quedando 159 artículos, y tras aplicar el filtro de artículos a texto completo gratuitos quedaron un total de 72 artículos los cuales fueron sometidos a un proceso de cribado. La estrategia de búsqueda 1 se aplicó a la base de datos (WOS) utilizando los filtros comunes en las 3 bases de datos obteniendo un total de 3.058 artículos, se procedió a realizar una segunda búsqueda adaptada a las particularidades de la base de datos WOS, obteniendo un total de 8 artículos. Del mismo modo, se replicó el procedimiento en la base de datos Scopus, obteniendo inicialmente 904 artículos. Tras aplicar los mismos filtros que en las bases anteriores, con el fin de mantener la coherencia metodológica, el número final se redujo a 79 artículos.

Entre los 159 estudios filtrados, tras la lectura de título y resumen, se eliminaron un total de 112 artículos, siendo 13 las investigaciones seleccionadas para la lectura de texto completo. Tras determinar la calidad de los artículos mediante el programa FLC 3.0¹³ se desecharon 3 artículos categorizados de calidad baja, incluyendo un total de 10 artículos (Figura 1).

Figura 1. Diagrama de flujo modelos PRISMA



Características de los estudios

En la Tabla 2 se presentan las características de los estudios seleccionados..

Tabla 3. Características de los estudios seleccionados

Autor (año)	Objetivo	Diseño	Participantes	Intervención/ Evaluación	Resultados
Süha et al. (2024) ¹⁴	Determinar la relación entre la inteligencia moral y la fatiga por compasión en enfermeras de UCI.	Descriptivo, transversal	114 enfermeras de UCI (Turquía)	Cuestionarios sobre inteligencia moral y fatiga por compasión	Alta inteligencia moral, moderada fatiga por compasión; relación inversa significativa entre ambas.
Ahmad et al. (2023) ¹⁵	Explorar las perspectivas de pacientes y familias sobre el tablero GTKMB en la UCI.	Cualitativo, prospectivo	98 participantes (38 pacientes, 60 familiares)	Uso del tablero GTKMB en pacientes críticos	GTKMB reconoció la humanidad del paciente y mejoró la relación con proveedores.
Villarante et al. (2023) ¹⁶	Determinar la prevalencia de burnout en enfermeras de cuidados críticos y factores asociados.	Exploratorio, descriptivo	270 enfermeras CCN (EE.UU.)	Encuesta nacional con escalas PSS y CBI	Moderado estrés y burnout; ambiente laboral saludable reduce ambos.
Youn et al. (2022) ¹⁷	Investigar predictores del cuidado centrado en la persona en enfermeras de UCI.	Transversal	188 enfermeras UCI (Corea del Sur)	Cuestionarios sobre EI, ProQOL y cuidado centrado	Satisfacción por compasión, EI y experiencia predicen cuidado centrado.
Ulrich et al. (2019) ¹⁸	Evaluar ambientes laborales de enfermeras de cuidados críticos y su impacto.	Transversal	8080 miembros AACN (EE.UU.)	Encuesta con escala HWE y percepción del entorno laboral	Ambientes HWE se asocian a mayor satisfacción y menor intención de abandono.
Michelan et al. (2018) ¹⁹	Comprender la percepción sobre la humanización del ambiente laboral en UCI.	Cualitativo, fenomenológico	25 profesionales de enfermería (Brasil)	Entrevistas semiestructuradas sobre humanización laboral	Percepción mixta de condiciones laborales; necesidad de gestión participativa.
Vasconcelos et al. (2018) ²⁰	Analizar la relación entre burnout y síntomas depresivos en enfermeros de UCI.	Cuantitativo, descriptivo, transversal	91 enfermeros UCI (Brasil)	MBI y BDI-I aplicados a enfermeros de UCI	14.29% con burnout; fuerte asociación con síntomas depresivos.
Santos et al. (2018) ²¹	Analizar la percepción de la atención humanizada entre enfermeros de UCI.	Cualitativo	10 enfermeros UCI (Brasil)	Entrevistas semiestructuradas sobre atención humanizada	La atención humanizada es clave para recuperación y bienestar.
Guirardello et al. (2017) ²²	Evaluar ambiente crítico y su relación con burnout, calidad y seguridad percibida.	Transversal	114 profesionales de enfermería (Brasil)	Cuestionarios NWI-R, SAQ y MBI	Ambientes positivos se asocian a menor burnout y mejor percepción de calidad.
Vasconcelos et al. (2017) ²³	Identificar predictores del burnout en enfermeros de terapia intensiva.	Cuantitativo, descriptivo, transversal	91 enfermeros de UCI (Brasil)	MBI-HSS y cuestionario sociodemográfico	Burnout asociado a duración de vacaciones; más corto, más riesgo.

UCI: Unidad de Cuidados Intensivos; GTKMB: Get to Know Me Board (Tablero "Conóceme"); CCN: Critical Care Nurse (Enfermera de Cuidados Críticos); EI: Empatía Interpersonal; ProQOL: Professional Quality of Life Scale (Escala de Calidad de Vida Profesional); HWE: Healthy Work Environment (Ambiente Laboral Saludable); PSS: Perceived Stress Scale (Escala de Estrés Percibido); CBI: Copenhagen Burnout Inventory; MBI(-HSS): Maslach Burnout Inventory (versión Human Services Survey); BDI-I: Beck Depression Inventory-I; NWI-R: Nursing Work Index-Revised; SAQ: Safety Attitudes Questionnaire.

Calidad metodológica

De las 10 publicaciones analizadas, cuatro se consideraron de alta calidad y seis se clasificaron como calidad media. A continuación, se presenta una tabla (Tabla 3) que muestra la calidad de los artículos mencionados según la herramienta FLC 3.0.

Tabla 4. Evaluación del riesgo de sesgo según FLC 3.0

Estudio	1	2	3	4	5	6	Calidad global
Süha et al. (2024) ¹⁴	Sí	P	Sí	Sí	s/i	P	Media
Ahmad et al. (2023) ¹⁵	Sí	P	Sí	Sí	Sí	Sí	Media
Villarante et al. (2023) ¹⁶	Sí	P	Sí	Sí	s/i	Sí	Media
Youn et al. (2022) ¹⁷	Sí	P	Sí	Sí	Sí	P	Media
Ulrich et al. (2019) ¹⁸	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	P	Alta
Michelan et al. (2018) ¹⁹	Sí	Sí	Sí	Sí	s/i	P	Alta
Vasconcelos et al. (2018) ²⁰	Sí	P	Sí	Sí	s/i	P	Media
Santos et al. (2018) ²¹	Sí	Sí	Sí	Sí	s/i	P	Alta
Guirardello et al. (2017) ²²	Sí	Sí	Sí	Sí	s/i	P	Alta
Vasconcelos et al. (2017) ²³	Sí	P	Sí	Sí	s/i	P	Media

1. Pregunta; 2. Métodos; 3. Resultados; 4. Conclusiones; 5. Conflictos de interés; 6. Validez externa

Sí: sí cumple el criterio; P: parcialmente; s/i: sin información

Resultados principales

En el análisis de la relación entre el síndrome de Burnout en enfermería de UCI y las prácticas de humanización de los cuidados, Según Guirardello *et al.*²², un ambiente de trabajo favorable se asocia con menores niveles de burnout en el personal de enfermería de UCI. Específicamente, profesionales que perciben mayor autonomía, buenas relaciones con el equipo médico y mejor control sobre el ambiente de trabajo presentan menores niveles de agotamiento emocional. A su vez según coincide que un ambiente de trabajo favorable también se relaciona con una mejor calidad del cuidado percibida. La Asociación Americana de Enfermeros de Cuidados Críticos (AACN) reconoce el vínculo entre la calidad del ambiente de trabajo y la excelencia en la práctica de enfermería, que incluye la humanización de los cuidados¹⁸.

Youn *et al.*¹⁷, destaca que el burnout puede afectar negativamente la atención centrada en la persona y la calidad de la atención. El estudio señala que el burnout se correlaciona negativamente con el cuidado centrado en el paciente. Michelan *et al.*¹⁹, destaca que la gestión participativa en el entorno laboral tiene el potencial de traducir los principios teóricos de la humanización en prácticas concretas, al valorizar la voz y la experiencia de los trabajadores. Según Vasconcelos *et al.*²³, la duración de las vacaciones se ha asociado significativamente con el burnout, dónde vacaciones más cortas se relacionan con una mayor probabilidad de sufrir burnout. Aunque no directamente una práctica de humanización influye en el bienestar del personal, lo que puede afectar su capacidad para ofrecer cuidados humanizados.

En cuanto a los factores que influyen en la humanización de los cuidados de enfermería dentro de las unidades de cuidados intensivos, para Youn *et al.*¹⁷ la inteligencia emocional y la compasión de los enfermeros son fundamentales para ofrecer cuidados centrados en la persona. Estas cualidades permiten a los profesionales gestionar mejor sus emociones y empatizar con los pacientes, lo que es esencial para la humanización de los cuidados. Guirardello *et al.*²², destacan que un entorno de trabajo favorable, caracterizado por una buena relación con el equipo médico, la autonomía profesional y un control adecuado sobre el entorno laboral, contribuye a una atención más humanizada. Los enfermeros que se sienten apoyados y respetados tienen más capacidad para conectar emocionalmente con los pacientes y ofrecer cuidados humanizados. Ahmad *et al.*¹⁵, han demostrado tener una influencia positiva significativa en la actitud, compasión, respeto, sensación de conexión y satisfacción personal de los clínicos al brindar atención, al promover el conocimiento del paciente como ser humano más allá de su enfermedad. A su vez, conocer las preferencias de los pacientes, sus hábitos en casa y su estilo de vida previo a la enfermedad también se considera parte de la humanización

de la atención en la UCI. Se pueden emplear estrategias para preservar la individualidad, como llamar al paciente por su nombre preferido, durante las rutinas de cuidado. Según Michelan *et al.*¹⁹, la relación entre equipo, el enfoque en el paciente, la recepción y las condiciones materiales e inmateriales son aspectos fundamentales en la humanización).

En la revisión de las intervenciones organizacionales y programas de apoyo que favorezcan el bienestar y disminuyan el burnout del personal sanitario en entornos de unidades de cuidados críticos, Youn *et al.*¹⁷, muestra que la satisfacción con la compasión y el desarrollo de habilidades emocionales son predictores clave de la atención centrada en la persona. Proveer formación en estas áreas no solo mejora la competencia emocional de los enfermeros, sino que también contribuye a prevenir el burnout, aumentando su capacidad de ofrecer cuidados más humanizados. Como muestran Guirardello *et al.*²², la autonomía profesional y las buenas relaciones con el equipo médico son factores que ayudan a reducir el burnout. Además, políticas que fomenten la gestión participativa y el reconocimiento profesional, como las recomendadas por Michelan *et al.*¹⁹, contribuyen al bienestar del personal, lo que, a su vez, mejora la calidad de la atención que se ofrece a los pacientes. Según Villarante *et al.*¹⁶, un ambiente de trabajo saludable se relaciona con un mayor compromiso, menor burnout, mejor retención y mejores resultados para los pacientes.

Por último, respecto a las causas y consecuencias del burnout en el personal de enfermería en UCI, se han identificado como causas la excesiva carga laboral y falta de recursos¹⁸, la falta de autonomía y las relaciones laborales conflictivas²², la exposición prolongada a estresores ambientales y situacionales²³, el modelo de gestión vertical y jerárquico¹⁹ y la exposición frecuente a situaciones traumáticas¹⁴. Las consecuencias derivadas son los efectos perjudiciales en la calidad de la atención y la seguridad del paciente²³, estrés elevado¹⁶, problemas de salud mental²³ y las intenciones de abandonar el trabajo²².

Discusión

La presente revisión sistemática se propuso describir los factores que influyen en la humanización de los cuidados de enfermería dentro de las unidades de cuidados intensivos.

En primer lugar, con respecto al objetivo general, la evidencia sugiere que un ambiente de práctica de enfermería percibido como positivo tiene un impacto significativo en el bienestar del personal, influyendo en los niveles de burnout. Esta observación es fundamental, ya que un personal con menores niveles de burnout podría estar más capacitado para implementar y mantener prácticas de humanización en los cuidados²².

Guirardello *et al.*²² afirman que el burnout puede actuar como una barrera para la provisión de cuidados humanizados. La implementación de estrategias de humanización, como el uso del "Get to Know Me Board" (GTKMB) muestra que reconocer la individualidad del paciente puede ser un paso importante para fomentar un cuidado más humano, lo que a su vez podría influir en la percepción del trabajo y, potencialmente, en los niveles de burnout del personal sanitario^{21,22}.

Los profesionales de enfermería que trabajan en este entorno perciben que ofrecer una asistencia que incorpore la humanización es fundamental ya que impacta de forma positiva en el curso del tratamiento y en la recuperación de los pacientes críticos²¹. Michelan *et al.*¹⁹ destacan que esta perspectiva implica considerar al profesional de la salud desde una visión biopsicosocial. La humanización se manifiesta en la dinámica relacional entre los miembros del equipo de salud, en la centralidad del paciente como foco de atención, en la calidad de la recepción que se le brinda y en las condiciones materiales e inmateriales que rodean el acto de cuidado.

El estudio de Guirardello *et al.*²² subraya el papel fundamental del ambiente de trabajo en la génesis y el mantenimiento del burnout. Un ambiente de práctica favorable, caracterizado por una mayor autonomía profesional, relaciones positivas con el equipo médico y un mejor control percibido sobre el entorno laboral, se asocia significativamente con la presencia de menores niveles de burnout. La gestión participativa emerge como un modelo de gestión que tiene el potencial de traducir los principios teóricos de la humanización en prácticas concretas dentro del entorno laboral, al valorizar la voz y la experiencia de los trabajadores y, por ende, contribuir a la humanización de sus condiciones de trabajo¹⁹. Sũha *et al.*¹⁴ afirman que la protección de la salud de los empleados y su asignación a unidades de trabajo que se ajusten a sus competencias y habilidades puede tener un impacto positivo en la calidad del servicio asistencial a largo plazo^{14,18,19,22}.

Finalmente, se ha mostrado una asociación significativa entre la presencia de burnout y la manifestación de sintomatología depresiva: a mayores niveles de agotamiento emocional y despersonalización y una menor percepción de realización profesional se corresponden mayores niveles de sintomatología depresiva. El burnout puede tener consecuencias negativas para la autoestima de los profesionales y exacerbar sentimientos de frustración, ira, ansiedad y miedo, lo que a su vez puede comprometer la calidad de la atención al paciente. Adicionalmente, se ha señalado que el burnout puede deteriorar la calidad y la seguridad de la atención al paciente y afectar negativamente la implementación de un enfoque de atención centrado en la persona, a exposición constante a situaciones de alta intensidad emocional y potencialmente traumáticas en la UCI también incrementa el riesgo de desarrollar fatiga por compasión²⁰.

Sin embargo, es importante reconocer las limitaciones inherentes a la presente revisión. La heterogeneidad de los estudios incluidos en términos de diseño, población y medidas de resultado dificulta la realización de un metaanálisis y limita la generalización de las conclusiones. No existe una evaluación longitudinal, la mayoría de los estudios son transversales, por lo que no se puede saber si cambios en la humanización generan cambios futuros en el burnout, o si simplemente están asociados en ese momento. Además, la estrategia de búsqueda, aunque exhaustiva en las bases de datos seleccionadas podría no haber abarcado toda la literatura relevante publicada en otros idiomas o en fuentes no indexadas.

Conclusiones

Se ha evidenciado una estrecha vinculación entre la implementación de prácticas de humanización en las UCI y la disminución de los niveles de burnout en el personal de enfermería. Un ambiente de trabajo que fomenta la autonomía profesional, las buenas relaciones con el equipo médico y la gestión participativa se asocia significativamente con una mayor satisfacción laboral y una menor intención de abandonar el puesto de trabajo.

Los estudios analizados convergen en la importancia de la humanización como un proceso complejo e integral que involucra a profesionales, pacientes y familiares. La capacidad de los enfermeros para ofrecer una asistencia que considere la dimensión humana del paciente, integrando la tecnología con la sensibilidad del cuidado, es percibida como determinante para el tratamiento y la recuperación en la UCI. Herramientas prácticas como el "Get to Know Me Board" (GTKMB) han demostrado ser valiosas para preservar la personalidad de los pacientes críticamente enfermos y facilitar una comunicación más significativa entre pacientes, familiares y cuidadores.

En cuanto a las intervenciones organizacionales y programas de apoyo, la mejora en la gestión del entorno de trabajo emerge como un factor clave para mitigar el burnout. Políticas que favorecen la autonomía, el control, el reconocimiento profesional y la participación del personal en la toma de decisiones contribuyen significativamente al bienestar laboral.

Financiación

El autor no ha recibido financiación o ayuda económica para la realización del estudio.

Conflictos de intereses

No existen conflictos de intereses.

Referencias

1. Clínica Universidad de Navarra. Unidad de cuidados intensivos [Internet]. Pamplona: CUN; [fecha desconocida] [citado 2025 Abr 28]. Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/unidad-de-cuidados-intensivos>
2. Ada Health. Síndrome de burnout o de desgaste profesional [Internet]. 2022 [citado 28 Abr 2025]. Disponible en: <https://ada.com/es/conditions/burnout/>
3. BBC Mundo. ¿Qué es el burnout y por qué es un problema creciente? [Internet]. 2021 Jun 28 [citado 2025 Abr 28]. Disponible en: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-57861825>

4. Maslach C, Jackson SE. The measurement of experienced burnout. *J Occup Behav*. 1981;2(2):99–113.
5. Martín C, Santiago I, Rodríguez F, Moreno MT, de Andrés P, Casadevall A, et al. Síndrome de burnout en distintas Unidades de Cuidados Intensivos. *Enferm Intensiva*. 2006;17(1):28-32. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-enfermeria-intensiva-142-articulo-sindrome-burnout-distintas-unidades-cuidados-S1130239909732213>
6. Unjai S, Forster EM, Mitchell AE, Creedy DK. Compassion satisfaction, resilience and passion for work among nurses and physicians working in intensive care units: A mixed method systematic review. *Intensive Crit Care Nurs*. 2024;80:103361. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2024.103361>
7. Bruyneel A, Smith P, Tack J, Pirson M. Impact of COVID-19 on burnout risk among critical care nurses in Belgium: A national cross-sectional survey. *Intensive Crit Care Nurs*. 2021;65:103059.
8. Martínez Zubieta R. Humanización en la Unidad de Cuidados Intensivos. *Arch Med (Mex)*. 2021;21(3):144–150. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S2448-89092021000300144&script=sci_ar_text
9. Proyecto HU-CI. Humanizando los Cuidados Intensivos [Internet]. Proyecto HU-CI; 2024 [citado 2025 abr 25]. Disponible en: <https://proyectohuci.com/>
10. Rojas V. Humanización de los cuidados intensivos. *Rev Med Clin Las Condes*. 2019;30(2):120–5. doi:10.1016/j.rmcl.2019.03.005
11. Grupo de trabajo de certificación de Proyecto HU-CI. Manual de buenas prácticas de humanización en Unidades de Cuidados Intensivos [Internet]. Madrid: Proyecto HU-CI; 2019 [citado 2025 Abr 29]. Disponible en: <https://proyectohuci.com/es/buenas-practicas/>
12. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Rev Esp Cardiol [Internet]*. 2021;74(9):790–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.recesp.2021.06.016>
13. Fichas de Lectura Crítica [Internet]. [citado el 15 de marzo de 2024]. Disponible en: <http://www.lecturacritica.com/es/>
14. Süha BK, Gülsoy Z, Karagözoglu Ş. Determining the relationship between moral intelligence and compassion fatigue in intensive care nurses. *Nurs Crit Care*. 2024;29(6):1405-1411. doi: 10.1111/nicc.13166
15. Ahmad SR, Rhudy L, Fogelson LA, LeMahieu AM, Barwise AK, Gajic O, Karnatovskaia LV. Humanizing the Intensive Care Unit: Perspectives of Patients and Families on the Get to Know Me Board. *J Patient Exp*. 2023 Sep 18;10:23743735231201228. doi: 10.1177/23743735231201228. PMID: 37736130; PMCID: PMC10510354.
16. Villarante DM, O'Donoghue SC, Medeiros M, Milton E, Walsh K, O'Donoghue AL, et al. A National Survey of Stress and Burnout in Critical Care Nurses: A Prepandemic Study. *Dimens Crit Care Nurs*. 2023;42(5):248–254. doi:10.1097/DCC.0000000000000598.
17. Youn H, Lee M, Jang SJ. Person-centred care among intensive care unit nurses: A cross-sectional study. *Intensive Crit Care Nurs*. 2022 Dec;73:103293. doi: 10.1016/j.iccn.2022.103293.
18. Ulrich B, Barden C, Cassidy L, Varn-Davis N. Critical Care Nurse Work Environments 2018: Findings and Implications. *Crit Care Nurse*. 2019;39(2):67–84.
19. Michelan VCA, Spiri WC. Perception of nursing workers humanization under intensive therapy. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(2):372-8. doi: 10.1590/0034-7167-2016-0485
20. Vasconcelos EM, De Martino MMF, França SPS. Burnout and depressive symptoms in intensive care nurses: relationship analysis. *Rev Bras Enferm*. 2018;71(1):135-41. doi: 10.1590/0034-7167-2016-0019
21. Santos EL, Dórea SNA, Maciel MPGS, Santos LKF, Silva MB, Moraes MGL. Humanized care: perception of intensive care nurses. *Rev Baiana Enferm*. 2018;32:e23680. doi: 10.18471/rbe.v32.23680
22. Guirardello EB. Impact of critical care environment on burnout, perceived quality of care and safety attitude of the nursing team. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2017;25:e2884. doi: 10.1590/1518-8345.1472.2884
23. Vasconcelos EM, De Martino MMF. Predictors of burnout syndrome in nurses of an intensive care unit. *Rev Gaúcha Enferm*. 2017;38(4):e65354. doi: 10.1590/1983-1447.2017.04.65354

© Sociedad Científica Sanitaria Europea para la Investigación, Divulgación, Solidaridad y Formación, 2025

SOCISAEU-IDSF

© 2025, de la edición, Tendencias de Enfermería

Calle Pedro García Villalba, 79, La Alberca (Murcia, España)

Teléfono: 650 16 12 52

Revista digital: <https://sociedadcientificasanitaria.org/tendencias-de-enfermeria/>

Correo electrónico: tendenciasdeenfermeria@sociedadcientificasanitaria.org

Primera edición: 2025. Última edición: 2025.

e-ISSN: 3045-9176

DOI: 10.56533/HFGZ2280

Tendencias de Enfermería, Volumen 1, Número 2 Julio-Agosto 2025

Tendencias de Enfermería es una revista científica de enfermería cuya misión es servir de instrumento de comunicación de la actividad de los profesionales de esta disciplina, incluidos los técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, en los campos de la investigación, los cuidados, la asistencia, la gestión y la docencia. Dado el carácter multidisciplinar de los cuidados, la asistencia y la investigación en enfermería *Tendencia de Enfermería* es un medio de divulgación abierto a la participación de otros profesionales de las ciencias de la salud cuya actividad sea aplicable a la enfermería.

Los objetivos de *Tendencias de Enfermería* son promover la investigación de los profesionales de enfermería y disciplinas aliadas, difundir la evidencia de los cuidados basada en la práctica clínica de acuerdo con la estrategia EBE (Enfermería Basada en la Evidencia), la investigación original y la síntesis de dicha evidencia, así como divulgar la experiencia de las enfermeras en la asistencia, la gestión y la docencia.

La revista *Tendencias de Enfermería* es una revista con sistema de revisión por pares que acepta artículos originales en los que se realiza la comunicación de los resultados de una investigación cuantitativa, cualitativa o mixta. También se aceptan revisiones narrativas, sistemáticas, incluidos los metaanálisis, scoping reviews, así como planes de cuidados de enfermería y síntesis de la EBE a partir de la revisión de guías de práctica clínica que contribuyan a una mejora en la toma de decisiones clínicas. Esta revista acepta artículos que son una adaptación a las normas de la revista de trabajos académicos o de partes de ellos, como trabajos fin de grado (TFG), trabajos fin de máster (TFM) y tesis doctorales. Por último, se admiten cartas al director.