

e-ISSN: 3045-9176

Tendencias de Enfermería

Revista científica de enfermería y disciplinas afines

Volumen 2, Número 5 Enero-Febrero 2026



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

e-ISSN: 3045-9176

Tendencias de Enfermería

Revista científica de enfermería y disciplinas afines

Volumen 2, Número 5 Enero-Febrero 2026

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

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

© 2026, 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: 2026.

e-ISSN: 3045-9176

DOI: 10.56533/HFGZ2280

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

Tendencias de Enfermería, Volumen 2, Número 5 Enero-Febrero 2026

DOI: 10.56533/NUAN4770

URL: <https://doi.org/10.56533/NUAN4770>

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

Isabel Rosa Galera Pérez

Enfermera

Hospital General Universitario Morales Meseguer

Murcia, España

Antonio Fernández Lara

Enfermero

Hospital General Universitario Morales Meseguer

Murcia, España

Índice

Editorial.....	11
Carta a la Directora	
Telemedicina y brechas de acceso: el papel de enfermería en territorios alejados	
César Augusto Loayza Palomino	13
Ansiedad general en profesionales sanitarios y factores relacionados	
Rosa María Canela Valls, Gisela Carrasco Ribot, David Garriga Martín	15
Ansiedad ante la muerte en profesionales sanitarios y factores relacionados	
Rosa María Canela Valls, Lourdes Obiol Navarro, David Garriga Martín	23
Índice de masa corporal y factores socioeducativos asociados con la supervivencia libre de enfermedad en mujeres con cáncer de mama	
Marta Bustamante Vega	31
Buceo adaptado en la mejora de la calidad de vida de personas con discapacidad física: una revisión sistemática	
Carlo Franco Herrera	41
Gestión sanitaria y cultura de seguridad: el papel de la coordinación enfermera en urgencias hospitalarias	
Ester Canut Fusté, Concepción Álvarez López, Elina Garibyan, Elisabet Lillo Fernández	49

Editorial

La transformación digital ya no es una posibilidad futura para la enfermería, sino una realidad que atraviesa la práctica asistencial, la gestión de cuidados, la investigación, la docencia y la relación con las personas atendidas. La historia clínica electrónica, la teleasistencia, las aplicaciones móviles, los sistemas de monitorización remota, los dispositivos inteligentes y, más recientemente, la inteligencia artificial, están modificando la forma en que se recoge información, se toman decisiones y se organiza la atención sanitaria. En este contexto, la enfermería no puede quedar situada como una profesión meramente usuaria de tecnologías diseñadas por otros, sino que debe ocupar un lugar activo en su desarrollo, evaluación e implantación.

La digitalización sanitaria ha aportado oportunidades evidentes. Permite mejorar la continuidad asistencial, facilitar el seguimiento de pacientes crónicos, registrar cuidados de forma más estructurada, detectar riesgos con mayor rapidez y favorecer la coordinación entre niveles asistenciales. En ámbitos como la atención primaria, la hospitalización, los cuidados críticos, la salud mental o la atención sociosanitaria, las herramientas digitales pueden contribuir a una asistencia más segura, personalizada y eficiente. Sin embargo, estas ventajas no se alcanzan de manera automática. Una tecnología mal integrada puede aumentar la carga administrativa, fragmentar la comunicación, generar dependencia de sistemas poco intuitivos o desplazar tiempo de cuidado directo hacia tareas de registro.

La inteligencia artificial introduce un cambio todavía más profundo. Su capacidad para analizar grandes volúmenes de datos, identificar patrones, generar alertas clínicas o apoyar procesos de decisión abre posibilidades importantes para la práctica enfermera. Puede ayudar a anticipar el riesgo de caídas, úlceras por presión, deterioro clínico, reingresos o falta de adherencia terapéutica. También puede favorecer la planificación de recursos, la priorización de intervenciones y la detección temprana de necesidades en pacientes vulnerables. No obstante, la IA no debe entenderse como una sustitución del juicio clínico enfermero, sino como una herramienta de apoyo que necesita supervisión profesional, criterio ético y contextualización asistencial.

El cuidado enfermero no se reduce a datos. La valoración de una persona incluye signos clínicos, antecedentes, respuestas humanas, emociones, contexto familiar, barreras sociales, creencias, expectativas y capacidad de autocuidado. Muchos de estos elementos son difíciles de traducir a algoritmos. Por ello, la incorporación de IA a la enfermería debe evitar una visión tecnocéntrica de la asistencia. La calidad del cuidado depende también de la presencia, la escucha, la comunicación, la educación sanitaria y la relación terapéutica. La tecnología puede facilitar estos procesos, pero no debe empobrecerlos ni convertir el cuidado en una sucesión de indicadores despersonalizados.

Uno de los principales retos se encuentra en la participación enfermera en el diseño de las herramientas digitales. Con frecuencia, los sistemas se implantan sin haber contado suficientemente con quienes los utilizan a diario. Esto provoca pantallas poco adaptadas al flujo real de trabajo, duplicidad de registros, categorías que no reflejan bien los cuidados y dificultades para extraer información útil. La enfermería debe estar presente desde las fases iniciales de diseño, pilotaje y evaluación, porque conoce de forma directa las necesidades del paciente, la organización del cuidado y los problemas cotidianos de los servicios. Sin esta participación, la digitalización corre el riesgo de convertirse en una carga añadida en lugar de una mejora real

Autor para correspondencia: Isabel Rosa Galera Pérez

Correo electrónico: tendenciasdeenfermeria@sociedadcientificasanitaria.org

Link artículo: <https://doi.org/10.56533/WCAN9836>

DOI: 10.56533/WCAN9836

También es necesario reforzar la formación digital de las enfermeras. No se trata solo de aprender a manejar programas informáticos, sino de comprender los principios básicos de la gestión de datos, la seguridad de la información, la interpretación crítica de alertas automatizadas, la privacidad, la protección de datos y los sesgos algorítmicos. Una alerta generada por IA puede ser útil, pero también puede equivocarse, reproducir desigualdades o basarse en datos incompletos. Por eso, la competencia digital enfermera debe incluir una mirada crítica, ética y clínica, no únicamente instrumental.

La equidad constituye otro aspecto central. La digitalización puede acercar la atención a personas con dificultades de movilidad, zonas rurales o pacientes con necesidades de seguimiento frecuente. Pero también puede ampliar desigualdades si deja atrás a quienes tienen menor alfabetización digital, problemas económicos, barreras idiomáticas, deterioro cognitivo o falta de acceso a dispositivos. La enfermería, por su cercanía a la población, tiene un papel esencial para identificar estas brechas y garantizar que la innovación tecnológica no excluya precisamente a quienes más necesitan cuidados.

En este nuevo escenario, la revista *Tendencias de Enfermería* abre un espacio necesario para reflexionar sobre el papel de la profesión ante la transformación digital. No basta con incorporar tecnología al sistema sanitario; es imprescindible preguntarse para qué se usa, a quién beneficia, qué riesgos introduce y cómo modifica la relación de cuidado. La enfermería debe liderar esta conversación desde su conocimiento práctico, científico y ético. La digitalización será realmente útil si permite cuidar mejor, decidir con más seguridad, acompañar con más continuidad y liberar tiempo para aquello que sigue siendo insustituible: la atención humana.

Isabel Rosa Galera Pérez

Directora

Carta a la Directora

Telemedicina y brechas de acceso: el papel de enfermería en territorios alejados

César Augusto Loayza Palomino^a

a Médico Cirujano y Cirujano Dentista, Dental C & L Loayza, Lima, Perú

Recibido el 8 de enero de 2026. Aceptado el 15 de enero de 2026.

Disponible en Internet el 27 de enero de 2026.

Sra. Directora:

Como médico peruano, considero oportuno reflexionar sobre el lugar que ocupa la telemedicina en países con profundas desigualdades territoriales. En el Perú, la distancia geográfica, la dispersión poblacional, la limitada disponibilidad de especialistas y las dificultades de transporte siguen condicionando el acceso oportuno a la atención sanitaria. En este escenario, la telemedicina no debe entenderse únicamente como una innovación tecnológica, sino como una herramienta de equidad, especialmente cuando se orienta a reforzar la atención primaria y el seguimiento de poblaciones rurales o alejadas.

La experiencia peruana mostró que la telesalud puede ampliar la capacidad de respuesta del sistema sanitario, sobre todo durante la pandemia por COVID-19, cuando fue necesario mantener la atención de pacientes con enfermedades agudas y crónicas en un contexto de restricciones asistenciales^{1,2}. Sin embargo, también puso de manifiesto que la tecnología por sí sola no resuelve las brechas estructurales. La falta de conectividad, la escasa disponibilidad de equipos, las limitaciones en alfabetización digital, la fragmentación administrativa y la necesidad de personal capacitado siguen siendo barreras relevantes para consolidar estos servicios³.

En este punto, el papel de enfermería resulta decisivo. En muchos territorios alejados, la enfermera es el profesional sanitario más próximo a la comunidad y quien mantiene una relación continuada con las familias. Su participación permite que la telemedicina no se limite a una consulta remota entre médico y paciente, sino que se integre en un proceso de cuidado más amplio: identificación de signos de alarma, educación sanitaria, seguimiento terapéutico, toma de constantes, acompañamiento en el uso de plataformas digitales y coordinación con otros niveles asistenciales. La evidencia reciente también reconoce el valor de enfermería en el teletrabajo, la monitorización remota y la continuidad de cuidados, especialmente en poblaciones vulnerables⁴.

Desde esta perspectiva, la telemedicina no debería desplazar el cuidado presencial, sino complementarlo. En comunidades rurales, amazónicas o altoandinas, donde el acceso al hospital puede implicar horas de desplazamiento, una consulta remota bien organizada puede evitar retrasos diagnósticos, reducir derivaciones innecesarias y mejorar el control de enfermedades crónicas. No obstante, para que esto sea posible, la enfermería debe participar desde el diseño de los programas, no solo en su ejecución. Son las enfermeras quienes conocen las dinámicas comunitarias, las barreras culturales, las dificultades de adherencia y las condiciones reales en las que vive el paciente.

Autor para correspondencia: César Augusto Loayza Palomino

Correo electrónico: tendenciasdeenfermeria@sociedadcientificasanitaria.org

Link artículo: <https://doi.org/10.56533/RYST4863>

DOI: 10.56533/RYST4863

Por ello, fortalecer la telemedicina en el Perú exige invertir también en competencias digitales enfermeras, protocolos claros, conectividad segura, protección de datos y modelos de coordinación interprofesional. La transformación digital será útil si acerca el sistema sanitario a quienes históricamente han quedado más lejos de él. En territorios alejados, la enfermería puede ser el puente que convierta la tecnología en cuidado real, accesible y humano.

Referencias

1. Rees GH, Peralta F. Telemedicine in Peru: origin, implementation, pandemic escalation, and prospects in the new normal. *Oxf Open Digit Health*. 2024 Jan 12;2:oqae002. doi: 10.1093/oodh/oqae002
2. Curioso WH, Coronel-Chucos LG, Henríquez-Suarez M. Integrating Telehealth for Strengthening Health Systems in the Context of the COVID-19 Pandemic: A Perspective from Peru. *Int J Environ Res Public Health*. 2023;20:5980. doi: 10.3390/ijerph20115980
3. Curioso-Vilchez WH, Coronel-Chucos LG. Barriers and challenges for the development of telehealth in Peru in the context of COVID-19. *Visión Electrónica*. 2022;16(1). doi: 10.14483/22484728.18370
4. David-Olawade AC, Olawade DB, Ojo IO, Famujimi ME, Olawumi TT, Esan DT. Nursing in the Digital Age: Harnessing telemedicine for enhanced patient care. *Informatics and Health*. 2024;1(2):100-110. doi: 10.1016/j.infoh.2024.07.003

Original

Ansiedad general en profesionales sanitarios y factores relacionados

Rosa María Canela Valls^a, Gisela Carrasco Ribot^b, David Garriga Martín^c

a Enfermería, UCI Quirúrgica/Equipo de Resposta Rápida, Hospital Clínic de Barcelona, España.

b Enfermería, Servicio de Hematología, Hospital Clínic de Barcelona, España.

c Enfermería, UCI Quirúrgica, Hospital Clínic de Barcelona, España.

Recibido el 4 de febrero de 2026. Aceptado el 12 de febrero de 2026.

Disponible en Internet el 26 de febrero de 2026.

Resumen

Introducción: la ansiedad general en cuidados críticos puede afectar al bienestar y al desempeño profesional. El objetivo fue describir el grado de ansiedad general en profesionales sanitarios de UCI y analizar su relación con factores sociolaborales. **Métodos:** se diseñó un estudio descriptivo, observacional, transversal y unicéntrico en la UCI Quirúrgica y el Área de Vigilancia Intensiva del Hospital Clínic de Barcelona. Muestreo de conveniencia, participaron 85 profesionales y se analizaron 61 cuestionarios válidos, enfermería, auxiliares y médicos, antigüedad mayor de 6 meses. Se recogieron variables sociodemográficas y laborales mediante cuestionario ad hoc y se midió la ansiedad con la Kuwait University Anxiety Scale, KUAS, 20 ítems, rango 20–80. Se emplearon mediana y rango intercuartílico, U de Mann-Whitney y Rho de Spearman, alfa 0,05, SPSS v22. **Resultados:** la muestra fue mayoritariamente femenina, 82%, y de enfermería, 83,6%, edad mediana 36 años. La KUAS total presentó una mediana de 29, RIC 25,0–33,5. No se observaron diferencias significativas según sexo, turno, responsabilidades familiares, pérdida familiar reciente, formación previa o percepción de formación, p mayor de 0,05. Tampoco se hallaron correlaciones significativas con edad, experiencia laboral total o experiencia en UCI, p mayor de 0,05. **Conclusiones:** en esta muestra de UCI, la ansiedad general no se asoció con las variables analizadas. Futuros estudios deberían incorporar determinantes organizativos y psicosociales, carga asistencial, sueño, apoyo y burnout, y evaluar intervenciones de apoyo psicológico estructuradas en distintos momentos asistenciales.

Palabras clave: enfermería; auxiliar de enfermería; ansiedad general; unidad de cuidados intensivos.

Abstract

Introduction: General anxiety in critical care can affect well-being and professional performance. The objective was to describe the level of general anxiety in ICU healthcare professionals and analyze its relationship with socio-occupational factors. **Methods:** A descriptive, observational, cross-sectional, single-center study was conducted in the Surgical ICU and the Intensive Care Unit of the Hospital Clínic of Barcelona. Convenience sampling was used, with 85 professionals participating and 61 valid questionnaires analyzed. Participants included nurses, nursing assistants, and physicians with more than 6 months of seniority. Sociodemographic and occupational variables were collected using an ad hoc questionnaire, and anxiety was measured with the Kuwait University Anxiety Scale (KUAS), 20 items, range 20–80. Median and interquartile range, Mann-Whitney U test, and Spearman's rho (alpha 0.05) were used for analysis, with SPSS v22. **Results:** The sample was predominantly female (82%) and nurses (83.6%), with a median age of 36 years. The total KUAS score had a median of 29 (IQR 25.0–33.5). No significant differences were observed according to sex, shift, family responsibilities, recent family loss, prior training, or perceived training ($p < 0.05$). No significant correlations were found with age, total work experience, or ICU experience ($p < 0.05$). **Conclusions:** In this ICU sample, general anxiety was not associated with the variables analyzed. Future studies should incorporate organizational and psychosocial determinants, workload, sleep, support, and burnout, and evaluate structured psychological support interventions at different points in care.

Keywords: Nursing; Nursing Assistant; Generalized Anxiety; Intensive Care Unit.

La ansiedad es un sentimiento intrínseco a la condición humana que se define como un sufrimiento psicológico que perturba el comportamiento del individuo y puede comprometer su funcionamiento ordenado repercutiendo física y psíquicamente en el sujeto¹. Es una respuesta defensiva de nuestro organismo, ante una situación que para la persona que la padece, es vivida como peligrosa, ya que provoca un estado transitorio de terror, nerviosismo y activación fisiológica^{2,3}.

El término genera cierta controversia, pues a menudo se habla indistintamente de ansiedad, miedo, tensión, angustia, etc.¹. Podemos diferenciar tres tipos de componentes en la ansiedad, que pueden actuar conjunta o independientemente. En primer lugar, tenemos el componente cognitivo o de pensamiento o experiencia subjetiva, que son el temor y nerviosismo asociados a los pensamientos por anticipación ante un peligro. Además, tenemos las respuestas fisiológicas y, finalmente, las de conducta motriz^{2,3}.

Cuando la ansiedad supera determinados límites, pueden aparecer consecuencias en la salud del individuo, impidiendo su normal comportamiento y funcionamiento, e interfiriendo de manera notable en sus actividades sociales. Según la predisposición biológica y psicológica de cada persona se mostrará más susceptible a unos u otros síntomas, pudiendo ser el espectro diferente en cantidad y calidad¹. En ocasiones, incluso, cuando la ansiedad es proporcionada al hecho causante y se manifiesta dentro de cierta normalidad, pueden no apreciarse síntomas, o al menos no en un alto grado¹.

Los síntomas somáticos asociados a la ansiedad pueden afectar todos los órganos y sistemas: cardiovasculares (palpitaciones, taquicardia, dolor precordial), los más frecuentes junto con los respiratorios (sensación de ahogo, respiración acelerada y superficial); gastrointestinales (diarrea, estreñimiento, colon irritable, alteraciones del tránsito intestinal en general, dolor abdominal...); urinarios (micción frecuente y tenesmo vesical); neurológicos (síndrome vertiginoso, cefalea, síncope...); trastornos del sueño (insomnio, sensación de no descansar, despertares frecuentes...)³.

Los profesionales sanitarios y, en particular, el personal de enfermería de UCI pueden sufrir ansiedad general. Las UCIs son lugares dotados de adelantos tecnológicos e infraestructura muy especializada donde se proporcionan cuidados de alto nivel técnico, con enfermos en estado crítico. Este hecho puede generar altos niveles de ansiedad. El tipo de paciente y su patología, el vínculo emocional que en ocasiones se genera con el paciente y la familia, la empatía hacia ellos y el grado de insatisfacción personal son desencadenantes de ansiedad^{4,5}.

El objetivo de este estudio es describir el grado de ansiedad general de los profesionales sanitarios, especialmente de enfermería y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería que prestan servicios en UCI, así como estudiar la relación de la ansiedad general con los factores sociolaborales.

Métodos

Diseño de investigación

Se llevó a cabo un estudio descriptivo, observacional, transversal y unicéntrico.

Participantes

La población diana fueron los profesionales de enfermería (enfermeros y auxiliares de enfermería) y médicos que trabajen en una UCI de adultos de un Hospital de Tercer Nivel en Cataluña pertenecientes a la UCI Quirúrgica y al Área de Vigilancia Intensiva (AVI) del Hospital Clínic de Barcelona. Los criterios de inclusión fueron: a) personal activo durante la recogida de datos; b) adscritos laboralmente a la UCI Quirúrgica y AVI del Hospital Clínic de Barcelona; c) antigüedad mayor a 6 meses. Se excluyeron aquellos profesionales que no firmaron el consentimiento informado y aquellos cuyos cuestionarios no fueron cumplimentados correctamente. Se realizó un muestreo de conveniencia con 85 profesionales sanitarios que dieron su consentimiento para participar en el estudio. Finalmente se analizaron los datos de 61 profesionales.

Instrumentos

Cuestionario sociolaboral. Se elaboró un cuestionario para la recogida de datos sociodemográficos (edad, sexo, hijos a cargo, mayores a cargo, pérdida de un familiar directo en los últimos 12 meses) y relacionados con el puesto de trabajo (categoría profesional, lugar de trabajo, años de profesión, años de antigüedad en el servicio, percepción de estar formado en el afrontamiento de la muerte).

Escala de Ansiedad de la Universidad de Kuwait (Kuwait University Anxiety Scale: KUAS)⁶. Es un instrumento psicométrico desarrollado por Abdel-Khalek⁶ para evaluar los elementos comunes y manifestaciones generales de los trastornos de ansiedad. La escala fue construida originalmente en árabe, existiendo también la forma validada en inglés. Ambas versiones han demostrado buenas propiedades psicométricas. Tomás-Sábado et al.⁷ realizaron la adaptación de la KUAS al español a partir de las formas árabe e inglesa, obteniendo un coeficiente alfa de Cronbach de 0,87, un coeficiente test-retest a cuatro semanas de 0,88 y una correlación con el STAI-T de 0,73. La forma española de la KUAS ha sido posteriormente utilizada como medida de ansiedad en diversos trabajos empíricos, con buenos resultados⁷. Esta escala contiene 20 ítems con formato de respuesta tipo Likert de 4 puntos, de 1: raramente a 4: siempre, con un rango de posibles puntuaciones totales de 20 a 80, donde las puntuaciones más altas indican un grado más elevado de ansiedad. Las propiedades psicométricas de la adaptación española de la KUAS han sido adecuadamente demostradas⁸.

Análisis estadísticos

El análisis de datos estadísticos se llevó a cabo con el programa estadístico SPSS (IBM® SPSS® Statistics versión 22). Se resumieron las variables utilizando estadística descriptiva adecuada, con mediana y rango intercuartílico como medidas de tendencia central y dispersión en variables cuantitativas y frecuencias absolutas y porcentajes en las categorías de las variables cualitativas. Para comparar las categorías de las variables dicotómicas se ha aplicado la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney. La asociación entre variables cuantitativas se estudió mediante el coeficiente de correlación no paramétrica Rho de Spearman. Se aplicó un nivel de significación del 5%.

Aspectos éticos

Previamente a la recogida de datos se entregó una hoja informativa para obtener el consentimiento informado, indicando participación voluntaria, garantizando la confidencialidad y el anonimato, y ajustándose el tratamiento de datos a lo dispuesto en la normativa de protección de datos personales.

Resultados

La Tabla 1 describe una muestra de 61 profesionales sanitarios con un perfil predominantemente femenino y de enfermería. La edad mediana fue de 36 años, lo que sitúa al grupo en una etapa laboral intermedia, aunque con amplitud suficiente como para incluir perfiles más jóvenes y otros de mayor trayectoria. Desde el punto de vista familiar, la mayoría no tenía hijos a cargo y prácticamente la totalidad no tenía ascendentes dependientes, por lo que la carga de cuidados extralaborales parece limitada en la mayor parte de la muestra. Del mismo modo, la pérdida reciente de un familiar directo fue poco frecuente.

En el plano laboral, predominó el turno de día y la categoría de enfermera, mientras que auxiliares y médicos estuvieron menos representados. La mediana de tiempo de trabajo en la unidad fue de 6 años y la de experiencia laboral total de 13,5 años, lo que refleja un colectivo con experiencia profesional consolidada, aunque con variabilidad entre participantes. En relación con la preparación específica, destaca que la mayoría no había recibido cursos de formación y no se percibía adecuadamente formada, lo que sugiere una posible brecha formativa en el área evaluada.

Respecto a la variable principal, el valor total de KUAS presentó una mediana de 29 con un rango intercuartílico de 25,0 a 33,5, lo que indica una distribución relativamente concentrada en torno a valores intermedios y una variabilidad moderada entre profesionales.

Tabla 1. Características sociolaborales y de ansiedad general (n = 61)

Edad (años)	36 (22-58)
Sexo (mujer)	50 (82)
Hijos a cargo (no)	45 (73,8)
Ascendentes a cargo (no)	59 (96,7)
Pérdida de familiar directo (no)	56 (93,3)
Turno laboral (día)	41 (67,2)
Categoría laboral	
Enfermera	51 (83,6)
Auxiliar de Enfermería	7 (11,5)
Médico	3 (4,9)
Tiempo de trabajo en la unidad (años)	6 (1-37)
Experiencia laboral (años)	13,5 (1-39)
Haber recibido cursos de formación (no)	38 (62,3)
Percepción de estar formado (no)	41 (67,2)
Valor total de KUAS	29 (25,0-33,5)
Mediana y rango intercuartílico (entre paréntesis) para variables cuantitativas; frecuencia y porcentaje (entre paréntesis) para variables cualitativas	

La Tabla 2 muestra la comparación de las puntuaciones de la escala KUAS según distintas variables categóricas y, en conjunto, indica que no se observaron diferencias estadísticamente significativas entre grupos, dado que en todos los casos el valor de p fue superior a 0,05. Por tanto, en esta muestra no puede afirmarse que el nivel de ansiedad general varíe de forma significativa en función del sexo, la categoría profesional, el turno laboral, la pérdida familiar, la formación, la percepción de formación o las responsabilidades familiares.

En relación con el sexo, las medianas fueron prácticamente idénticas, 29 en hombres y 29 en mujeres, lo que sugiere una distribución muy similar de la ansiedad general entre ambos grupos. Respecto a la categoría profesional, aunque las auxiliares de enfermería presentaron una mediana más elevada, 35 frente a 29 en enfermería, esta diferencia no alcanzó significación estadística, por lo que debe interpretarse con cautela. La categoría de médico quedó excluida del análisis comparativo, previsiblemente por su escaso tamaño muestral.

En cuanto al turno laboral, los profesionales de noche mostraron una mediana ligeramente superior, 30 frente a 28 en turno de día, pero sin asociación significativa. De forma similar, quienes habían sufrido pérdida de un familiar directo presentaron una mediana algo mayor, 32 frente a 29, aunque tampoco con significación estadística.

Las variables relacionadas con la formación tampoco mostraron un efecto diferencial sobre la ansiedad. Tanto haber recibido formación como la percepción subjetiva de estar formado se asociaron a puntuaciones muy próximas a las del resto de participantes. Del mismo modo, tener hijos a cargo o ascendentes dependientes no se relacionó con cambios significativos en la KUAS.

Tabla 2. Comparación de valores de la escala KUAS en función de las variables categóricas

	Me (RIC)	p
Sexo		
Hombre	29 (24-31)	0,340
Mujer	29 (25-35)	
Categoría profesional	Me (RIC)	p
Enfermería	29 (25-32)	0,720
Auxiliar de enfermería	35 (31-40)	
Médico*	25 (na)	
Turno	Me (RIC)	p
Día	28 (24,5-33,5)	0,150
Noche	30 (28,0-34,5)	
Pérdida familiar	Me (RIC)	p
Sí	32 (27,5-36,5)	0,330
No	29 (25-33)	
Formación	Me (RIC)	p
Sí	29 (24,36)	0,880
No	29 (24,0-33,3)	
Percepción formación	Me (RIC)	p
Sí	28,5 (24,3-30,8)	0,220
No	29 (25,0-33,5)	
Hijos a cargo	Me (RIC)	p
Sí	28 (23,3-31,0)	0,180
No	29(22,5-34,5)	
Ascendentes a cargo	Me (RIC)	p
Sí	26,5 (na)	0,450
No	29 (25-34)	

Me: mediana; RIC: rango intercuartílico; p: nivel crítico de significación de la prueba U de Mann-Whitney

*Se ha excluido esta categoría del análisis

Respecto al análisis de la asociación de la ansiedad general con la edad, la experiencia laboral y la experiencia en UCI (Tabla3), se observa que en ningún caso ha sido significativa, por lo que no se puede afirmar que exista una relación de la ansiedad general con estas variables.

Tabla 3. Correlación de la edad, la experiencia laboral y la experiencia en UCI con KUAS

	Rho	p
Edad (años)	-0,48	0,710
Experiencia laboral (años)	0,03	0,810
Experiencia UCI (años)	0,02	0,890

Rho: coeficiente de correlación de Spearman; p: nivel crítico de significación

Discusión

El presente estudio transversal, realizado en profesionales sanitarios de una unidad de cuidados intensivos, evaluó la ansiedad general mediante la KUAS y exploró su relación con variables sociodemográficas, laborales y formativas. Los resultados mostraron una puntuación mediana de 29, con un rango intercuartílico moderado, sin diferencias estadísticamente significativas según sexo, turno, pérdida familiar reciente, formación previa o percepción de formación. Tampoco se identificaron correlaciones relevantes con la edad ni con los años de experiencia profesional total o en UCI.

La ausencia de asociaciones puede sugerir que, en este contexto, la ansiedad general está más determinada por factores organizativos y psicosociales no capturados por las variables incluidas, que por características demográficas o laborales básicas. En el ámbito de cuidados críticos, la literatura suele vincular el malestar psicológico a combinaciones de carga asistencial, exposición a eventos potencialmente traumáticos, presión temporal, calidad del descanso, conflicto de rol, apoyo percibido y síndrome de desgaste profesional. En esta línea, Cecere et al. describieron en personal de cuidados críticos que la ansiedad se integra en un patrón más amplio junto con estrés, burnout y alteraciones del sueño, que se asocian de forma significativa con la calidad de vida, lo que respalda la necesidad de considerar variables concurrentes y mediadoras para comprender el fenómeno de forma explicativa⁹.

Un hallazgo de interés aplicado, aunque sin significación estadística, fue la tendencia a valores más elevados en auxiliares de enfermería frente a enfermería. Esta diferencia podría estar relacionada con determinados aspectos específicos del rol, como menor autonomía en la toma de decisiones, menor control percibido sobre el proceso asistencial, exposición sostenida a tareas de contacto directo y menor acceso a recursos formativos o de apoyo estructurado. No obstante, esta hipótesis requiere cautela, porque el tamaño del subgrupo puede limitar la detección de efectos reales y aumentar la incertidumbre de las estimaciones.

Al contrastar estos resultados con estudios previos, se aprecia heterogeneidad contextual. Belayneh et al., en enfermeras de urgencias y UCI, informaron una proporción relevante de síntomas de ansiedad y asociaciones con variables como el turno nocturno y la sobrecarga laboral, lo que contrasta con la falta de asociación observada en el presente trabajo, y sugiere que la estructura de turnos, los ratios y la intensidad asistencial pueden modular la relación entre condiciones de trabajo y ansiedad¹⁰. En un contexto de alta demanda excepcional, Peñacoba et al. describieron que profesionales de UCI durante la pandemia desarrollaron sintomatología compatible con posible trastorno de ansiedad generalizada, con un papel protector de habilidades de resiliencia, lo que apoya la plausibilidad de mecanismos de afrontamiento y recursos personales como factores moduladores que no se han medido aquí¹¹. De forma coherente, el metaanálisis de Pappa et al. mostró prevalencias elevadas de ansiedad en personal sanitario durante COVID-19 y diferencias según características profesionales, reforzando que la ansiedad puede incrementarse ante condiciones de amenaza, incertidumbre y sobrecarga mantenida, y que sus determinantes varían según el contexto epidemiológico y organizativo¹².

En cuanto a las limitaciones, el diseño transversal impide establecer relaciones causales y no permite analizar la evolución temporal de la ansiedad ante cambios de carga o acontecimientos críticos. El tamaño muestral total y, en particular, la distribución desigual por categorías profesionales puede reducir la potencia para detectar diferencias entre subgrupos, especialmente cuando existen celdas pequeñas. La medición mediante autoinforme puede introducir sesgo de información, incluyendo infradeclaración por deseabilidad social. Además, no se incluyeron variables con alta plausibilidad explicativa, como burnout, síntomas depresivos, calidad del sueño, apoyo organizacional, clima de equipo, carga asistencial objetiva o antecedentes de salud mental, por lo que el modelo interpretativo queda necesariamente acotado a las variables disponibles.

Conclusiones

Los resultados del estudio muestran niveles de ansiedad general, medidos mediante la KUAS, con una puntuación mediana de 29 y una variabilidad en profesionales de UCI. No se identificaron diferencias estadísticamente significativas según sexo, turno, experiencia laboral, pérdida familiar reciente, formación previa ni percepción de formación, lo que sugiere que estas variables, en el contexto evaluado, no explican de forma suficiente la distribución de la ansiedad. Se observó una tendencia a puntuaciones más elevadas en auxiliares de enfermería frente a enfermería, aunque sin significación, que apunta a la posible influencia de factores ligados al rol y a las condiciones organizativas.

En general, los hallazgos muestran la necesidad de considerar determinantes psicosociales y laborales más específicos, como carga asistencial, apoyo percibido, calidad del descanso y desgaste profesional, para comprender con mayor precisión la ansiedad en cuidados críticos. Estos resultados pueden orientar la planificación de estrategias de prevención y apoyo psicológico integradas en la dinámica de la UCI, adaptadas a perfiles y necesidades reales del equipo. Asimismo, conviene priorizar intervenciones sostenidas, evaluables y coordinadas con la dirección.

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. Baeza JC, Balaguer G, Belchi I, Coronas M, Guillamón N. Higiene y prevención de la ansiedad. Madrid: Díaz Santos; 2008.
2. Craske MG, Stein MB, Eley TC, Milad MR, Holmes A, Rapee RM, et al. Anxiety disorders. *Nat Rev Dis Primers*. 2017 May 4;3:17024. doi:10.1038/nrdp.2017.24.
3. DeMartini J, Patel G, Fancher TL. Generalized anxiety disorder. *Ann Intern Med*. 2019 Apr 2;170(7):ITC49-ITC64. doi:10.7326/AITC201904020.
4. Belayneh Z, Zegeye A, Tadesse E, Asrat B, Ayano G, Mekuriaw B. Level of anxiety symptoms and its associated factors among nurses working in emergency and intensive care unit at public hospitals in Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Nurs*. 2021 Sep 26;20(1):180. doi:10.1186/s12912-021-00701-4.
5. Cecere L, de Novellis S, Gravante A, Petrillo G, Pisani L, Terrenato I, et al. Quality of life of critical care nurses and impact on anxiety, depression, stress, burnout and sleep quality: A cross-sectional study. *Intensive Crit Care Nurs*. 2023 Dec;79:103494. doi:10.1016/j.iccn.2023.103494.
6. Abdel-Khalek AM. The Kuwait University Anxiety Scale: psychometric properties. *Psychol Rep*. 2000 Oct;87(2):478-92. doi: 10.2466/pr0.2000.87.2.478.
7. Tomás-Sábado J, Gómez-Benito J, Limonero JT. Estructura factorial de la Kuwait University Anxiety Scale (KUAS) en estudiantes españoles. *Interpsiquis*. [Internet] 2007 [acceso 16 abr 2024]. Disponible en: <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/estructura-factorial-de-la-kuwait-university-anxiety-scale-kuas-en-estudiantes-espanoles>
8. Tomás-Sábado J, Limonero JT, Gómez-Benito J. Ansiedad ante la muerte y ansiedad general. ¿Dos constructos diferenciados? *Interpsiquis*. [Internet] 2007 [acceso 16 abr 2024]. Disponible en: <https://psiquiatria.com/bibliopsiquis/ansiedad-ante-la-muerte-y-ansiedad-general-dos-constructos-diferenciados>
9. Cecere L, de Novellis S, Gravante A, Petrillo G, Pisani L, Terrenato I, Ivziku D, Latina R, Gravante F. Quality of life of critical care nurses and impact on anxiety, depression, stress, burnout and sleep quality: A cross-sectional study. *Intensive Crit Care Nurs*. 2023 Dec;79:103494. doi: 10.1016/j.iccn.2023.103494
10. Belayneh Z, Zegeye A, Tadesse E, Asrat B, Ayano G, Mekuriaw B. Level of anxiety symptoms and its associated factors among nurses working in emergency and intensive care unit at public hospitals in Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Nurs*. 2021 Sep 26;20(1):180. doi: 10.1186/s12912-021-00701-4
11. Peñacoba C, Velasco L, Catalá P, Gil-Almagro F, García-Hedraera FJ, Carmona-Monge FJ. Resilience and anxiety among intensive care unit professionals during the COVID-19 pandemic. *Nurs Crit Care*. 2021 Nov;26(6):501-509. doi: 10.1111/nicc.12694

12. Pappa S, Ntella V, Giannakas T, Giannakoulis VG, Papoutsis E, Katsounou P. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain Behav Immun.* 2020 Aug;88:901-907. doi: 10.1016/j.bbi.2020.05.026. Epub 2020 May 8. Erratum in: *Brain Behav Immun.* 2021 Feb;92:247. doi: 10.1016/j.bbi.2020.11.023

Original

Ansiedad ante la muerte en profesionales sanitarios y factores relacionados

Rosa María Canela Valls^a, Lourdes Obiol Navarro^b, David Garriga Martín^c

a Enfermería, UCI Quirúrgica/Equipo de Respuesta Rápida, Hospital Clínic de Barcelona, España.

b Enfermería, Servicio de Cirugía Torácica, Hospital Clínic de Barcelona, España.

c Enfermería, UCI Quirúrgica, Hospital Clínic de Barcelona, España.

Recibido el 13 de septiembre de 2025. Aceptado el 12 de diciembre 2025.

Disponible en Internet el 26 de febrero de 2026.

Resumen

Introducción: la atención en UCI expone recurrentemente a la muerte, pudiendo influir en el bienestar profesional. El objetivo fue estimar la ansiedad ante la muerte y explorar su asociación con variables sociodemográficas, laborales y formativas en profesionales de una unidad de cuidados intensivos. **Métodos:** estudio observacional transversal con 61 participantes. Se recogieron datos de sexo, categoría profesional, turno, responsabilidades familiares, pérdida reciente de familiar directo, formación recibida y percepción de capacitación. La ansiedad ante la muerte se midió con el Death Anxiety Inventory Revised. Se describieron variables mediante mediana y rango intercuartílico. Para comparaciones entre grupos se utilizó U de Mann Whitney y para asociaciones con variables cuantitativas el Rho de Spearman. **Resultados:** la puntuación global del DAI R mostró una mediana de 30 (RIC 24 a 41), compatible con niveles bajos a moderados y variabilidad individual. El turno nocturno presentó puntuaciones significativamente más altas que el turno diurno (mediana 36 frente a 27; $p = 0,010$). No se observaron diferencias por sexo, categoría profesional, hijos o ascendentes a cargo, pérdida reciente de familiar, ni por variables formativas. No se hallaron correlaciones significativas con edad, experiencia total ni años en UCI. **Conclusiones:** la ansiedad ante la muerte en UCI es heterogénea y se asocia al turno nocturno. Se recomienda reforzar apoyo psicoemocional y formación específica, priorizando equipos de noche.

Palabras clave: enfermería; auxiliar de enfermería; ansiedad ante la muerte; unidad de cuidados intensivos.

Abstract

Introduction: Intensive care in the ICU involves frequent exposure to death, which can influence professional well-being. The objective was to estimate death anxiety and explore its association with sociodemographic, occupational, and educational variables in professionals working in an intensive care unit. **Methods:** A cross-sectional observational study was conducted with 61 participants. Data were collected on sex, professional category, shift, family responsibilities, recent loss of an immediate family member, training received, and perceived competence. Death anxiety was measured using the Death Anxiety Inventory Revised (DAI-R). Variables were described using median and interquartile range. The Mann-Whitney U test was used for comparisons between groups, and Spearman's rho was used for associations with quantitative variables. **Results:** The overall DAI-R score showed a median of 30 (IQR 24 to 41), consistent with low to moderate levels and individual variability. The night shift showed significantly higher scores than the day shift (median 36 vs. 27; $p = 0.010$). No differences were observed based on sex, professional category, dependent children or ascendants, recent loss of a family member, or educational background. No significant correlations were found with age, total experience, or years in the ICU. **Conclusions:** Anxiety about death in the ICU is heterogeneous and associated with the night shift. Strengthening psycho-emotional support and specific training is recommended, prioritizing night shift teams.

Keywords: Nursing; Nursing Assistant; Death Anxiety; Intensive Care Unit.

El escenario de la muerte se ha desplazado en los últimos años de los domicilios a los hospitales. Este desplazamiento provoca que, por un lado, las personas sigan conviviendo con el miedo a la muerte, y por otro, los profesionales sanitarios están continuamente enfrentados a la realidad de la muerte de otras personas y en contacto continuo con ella, especialmente el personal de enfermería, quienes más tiempo pasan junto a los pacientes¹. Algunos profesionales incluso lo viven como una contradicción, pues uno de sus objetivos esenciales sería conservar la salud y la vida de sus pacientes.

El contacto del personal sanitario con el proceso que acompaña a la muerte ajena le hace tomar una mayor conciencia de su propia mortalidad, pudiendo provocar ansiedad e intranquilidad, que podría traducirse en una atención inadecuada, al intentar escapar de la angustia que produce enfrentarse a la muerte². Es imprescindible que el profesional de enfermería se forme adecuadamente en este campo, de manera que mejore su capacidad y sus estrategias para manejar sus propias ansiedades y para valorar, comprender y resolver las situaciones que a diario se le presentan en relación con el proceso que acompaña la muerte y la agonía de las personas que cuidan. En los últimos años, gran parte de las investigaciones acerca de la ansiedad ante la muerte se han centrado en procurar guías educativas que pueden aplicarse a la reducción de esta ansiedad³, pues es necesario que los profesionales de enfermería sepan integrar la muerte como parte de la vida y no les produzca ansiedad¹.

Las enfermeras son, dentro del grupo de profesiones sanitarias, el grupo profesional que tiene mayor nivel de ansiedad ante la muerte. En los hospitales, son los profesionales de enfermería quienes más tiempo pasan junto a los pacientes, ya que uno de los principales objetivos es el cuidado de ellos^{4,5}. Esto es especialmente relevante en la unidad de cuidados intensivos (UCI), donde cuando un paciente muere, los profesionales en muchos casos sienten un alto nivel de insatisfacción, considerándolo un fracaso personal o profesional⁴. El trato que haya tenido con el paciente, los precedentes personales y la edad son factores relacionados con la ansiedad ante la muerte del paciente.

Estudios realizados con el personal médico de UCI apuntan también altos niveles de angustia y ansiedad en este colectivo causado por el alto nivel de estrés que generan las propias unidades de críticos, el trato con pacientes, familiares, otros profesionales, la gravedad del estado de los pacientes y las situaciones muchas veces complicadas.

Se ha sugerido que los profesionales de la UCI podrían verse emocionalmente afectados por problemas de fin de vida, toma de decisiones éticas, observación del sufrimiento continuo de los pacientes, cuidado desproporcionado o futilidad médica, malentendidos y exigencias de los familiares de pacientes. Además, muchos pacientes en la UCI carecen de capacidad para tomar decisiones. Por lo tanto, los profesionales

sanitarios dependen de la comunicación con familiares para la toma de decisiones, lo que puede complicar el proceso. Además, el ambiente de trabajo de la UCI se ha vuelto cada vez más técnico, lo que requiere habilidades extendidas en terapias médicas de mantenimiento de vida avanzadas⁶. Todo esto genera un alto nivel de estrés en el ambiente de trabajo.

El objetivo de este estudio es analizar el grado de ansiedad ante la muerte de los profesionales sanitarios, especialmente de enfermería y técnicos en cuidados auxiliares de enfermería que prestan servicios en UCI, así como estudiar la relación de la ansiedad ante la muerte con los factores sociolaborales.

Métodos

Diseño de investigación

Se diseñó un estudio descriptivo, observacional, transversal y unicéntrico.

Participantes

La población diana fueron los profesionales de enfermería (enfermeros y auxiliares de enfermería) y médicos que trabajen en una UCI de adultos de un Hospital de Tercer Nivel en Cataluña pertenecientes a la UCI Quirúrgica y al Área de Vigilancia Intensiva (AVI) del Hospital Clínic de Barcelona. Los criterios de inclusión fueron: a) personal activo durante la recogida de datos; b) adscritos laboralmente a la UCI Quirúrgica y AVI del Hospital Clínic de Barcelona; c) antigüedad mayor a 6 meses. Se excluyeron aquellos profesionales que no firmaron el consentimiento informado y aquellos cuyos cuestionarios no fueron cumplimentados correctamente. Se realizó un muestreo de conveniencia con 85 profesionales sanitarios que dieron su consentimiento para participar en el estudio. Finalmente se analizaron los datos de 61 profesionales.

Instrumentos

Cuestionario sociolaboral. Se elaboró un cuestionario para la recogida de datos sociodemográficos (edad, sexo, hijos a cargo, mayores a cargo, pérdida de un familiar directo en los últimos 12 meses) y relacionados con el puesto de trabajo (categoría profesional, lugar de trabajo, años de profesión, años de antigüedad en el servicio, percepción de estar formado en el afrontamiento de la muerte).

Inventario de Ansiedad ante la Muerte-Revisado⁷ (Death Anxiety Inventory-Revised, DAI-R). Se trata de un cuestionario para evaluar la ansiedad ante la muerte. Consta de 17 ítems con formato de respuesta tipo Likert de cinco puntos (total desacuerdo, moderado desacuerdo, ni acuerdo ni desacuerdo, moderado acuerdo y total acuerdo) que puntúan todos ellos desde 1 para total desacuerdo hasta 5 para total acuerdo, de manera que las posibles puntuaciones totales fluctúan entre 17 y 85, correspondiendo las puntuaciones más altas a superiores niveles de ansiedad ante la muerte. Se han identificado en la escala cuatro factores significativos, que se han considerado componentes diferenciales de la ansiedad ante la muerte y se han denominado: 1) Aceptación de la muerte; 2) Generadores externos de ansiedad ante la muerte; 3) Finalidad de la muerte; 4) Pensamientos sobre la muerte. DAI-R presenta un coeficiente alfa de consistencia interna de 0,9 y una correlación test-retest a 4 semanas de 0,94.

Análisis estadísticos

Se utilizó el programa estadístico SPSS (IBM® SPSS® Statistics versión 22). Se resumieron las variables utilizando estadística descriptiva adecuada, con mediana y rango intercuartílico como medidas de tendencia central y dispersión en variables cuantitativas y frecuencias absolutas y porcentajes en las categorías de las variables cualitativas. Para comparar las categorías de las variables dicotómicas se ha aplicado la prueba no paramétrica U de Mann-Whitney. La asociación entre variables cuantitativas se estudió mediante el coeficiente de correlación no paramétrica Rho de Spearman. Se aplicó un nivel de significación del 5%.

Aspectos éticos

Previamente a la recogida de datos se entregó una hoja informativa para obtener el consentimiento informado, indicando participación voluntaria, garantizando la confidencialidad y el anonimato, y ajustándose el tratamiento de datos a lo dispuesto en la normativa de protección de datos personales.

Resultados

En la Tabla 1 se presentan las características sociolaborales y de ansiedad ante la muerte. La edad mediana es de 36 años, con una dispersión amplia en los valores reportados, lo que sugiere heterogeneidad generacional en el equipo. En términos familiares y de responsabilidades, la mayoría no tiene hijos a cargo y casi la totalidad no tiene ascendentes a cargo, por lo que la carga de cuidados fuera del ámbito laboral, al menos en estas variables, aparece limitada en el grupo. Asimismo, la pérdida reciente de un familiar directo es poco frecuente, lo que reduce la probabilidad de que el nivel de ansiedad ante la muerte esté influido por un duelo muy reciente en una parte importante de la muestra.

En lo laboral, predomina el turno de día y la categoría profesional de enfermera, mientras que auxiliares y médicos representan un porcentaje pequeño. La mediana de tiempo en la unidad (6 años) y de experiencia profesional total (13,5 años) indica un colectivo con trayectoria consolidada, aunque con variabilidad interindividual. Un hallazgo relevante para el objetivo del estudio es el déficit formativo percibido: la mayoría refiere no haber recibido cursos y también no sentirse formada para el afrontamiento de la muerte, lo que apunta a una brecha entre exposición clínica a la muerte y preparación específica.

En cuanto a la variable principal, el DAI total presenta una mediana de 30 sobre un rango posible de 17 a 85, con valores intercuartílicos 24 a 41, lo que es compatible con niveles globales bajos a moderados de ansiedad ante la muerte en el grupo, pero con una variabilidad apreciable, es decir, coexistencia de profesionales con puntuaciones relativamente bajas y otros con puntuaciones claramente más elevadas, aspecto coherente con la hipótesis de que los factores sociolaborales podrían modular esta respuesta.

Tabla 4. Características sociolaborales y de ansiedad ante la muerte (n = 61)

Edad (años)	36 (22-58)
Sexo (mujer)	50 (82)
Hijos a cargo (no)	45 (73,8)
Ascendientes a cargo (no)	59 (96,7)
Pérdida de familiar directo (no)	56 (93,3)
Turno laboral (día)	41 (67,2)
Categoría laboral	
Enfermera	51 (83,6)
Auxiliar de Enfermería	7 (11,5)
Médico	3 (4,9)
Tiempo de trabajo en la unidad (años)	6 (1-37)
Experiencia laboral (años)	13,5 (1-39)
Haber recibido cursos de formación (no)	38 (62,3)
Percepción de estar formado (no)	41 (67,2)
Valor total de DAI	30 (24-41)

Mediana y rango intercuartílico (entre paréntesis) para variables cuantitativas; frecuencia y porcentaje (entre paréntesis) para variables cualitativas

La Tabla 2 presenta la comparación de las puntuaciones totales del DAI R entre categorías sociolaborales mediante mediana (RIC) y el contraste U de Mann Whitney. En conjunto, no se observan diferencias estadísticamente significativas en la ansiedad ante la muerte según sexo (hombre 27, RIC 25–32, frente a mujer 30, RIC 23,5–41,5; $p = 0,76$), categoría profesional (enfermería 29, RIC 24–41, frente a auxiliar 30, RIC

23–44; $p = 0,98$) ni según variables personales y de contexto, como pérdida de familiar directo (sí 35, RIC 20,5–42,5, vs no 29,5, RIC 24,3–40,8; $p = 1,00$), tener hijos a cargo (sí 28,5, RIC 23,3–40,8, vs no 30, RIC 24,5–43; $p = 0,53$) o ascendentes a cargo ($p = 1,00$).

El único factor que muestra una diferencia significativa es el turno laboral: quienes trabajan de noche presentan una mediana de DAI R más alta (36, RIC 26,5–51,8) que quienes trabajan de día (27, RIC 24–34), con $p = 0,010$, lo que indica una asociación entre turno nocturno y mayor ansiedad ante la muerte en esta muestra.

En relación con la formación, aunque las medianas son algo menores en quienes refieren haber recibido formación (27, RIC 22–41) o percibirse formados (26, RIC 21,3–38,8), las diferencias no alcanzan significación ($p = 0,35$ y $p = 0,71$, respectivamente). Además, la categoría médico se excluye del análisis comparativo, lo que limita la interpretación entre profesiones.

Tabla 5. Comparación de valores de la escala DAI-R en función de las variables categóricas

	Me (RIC)	p
Sexo		
Hombre	27 (25-32)	0,760
Mujer	30 (23,5-41,5)	
Categoría profesional	Me (RIC)	p
Enfermería	29 (24-41)	0,980
Auxiliar de enfermería	30 (23-44)	
Médico*	31 (na)	
Turno	Me (RIC)	p
Día	27 (24-34)	0,010
Noche	36 (26,5-51,8)	
Pérdida familiar	Me (RIC)	p
Sí	35 (20,5-42,5)	1,000
No	29,5 (24,3-40,8)	
Formación	Me (RIC)	p
Sí	27 (22-41)	0,350
No	30 (25-42)	
Percepción formación	Me (RIC)	p
Sí	26 (21,3-38,8)	0,710
No	30 (25-43)	
Hijos a cargo	Me (RIC)	p
Sí	28,5 (23,3-40,8)	0,530
No	30(24,5-43)	
Ascendentes a cargo	Me (RIC)	p
Sí	29 (na)	1,000
No	30 (24-41)	

Me: mediana; RIC: rango intercuartílico; p: nivel crítico de significación de la prueba U de Mann-Whitney

*Se ha excluido esta categoría del análisis

La Tabla 3 analiza la asociación entre tres variables cuantitativas, edad, experiencia laboral total y experiencia en UCI, con la puntuación total del DAI R, mediante Rho de Spearman. En los tres casos, los resultados indican ausencia de correlación estadísticamente significativa ($p > 0,05$).

En edad, el coeficiente es $Rho = -0,15$ con $p = 0,240$, lo que sugiere una tendencia muy débil e inversa, a mayor edad, ligeramente menor ansiedad ante la muerte, pero el tamaño del efecto es pequeño y compatible con ausencia de relación en esta muestra. En experiencia laboral, se observa un patrón prácticamente

idéntico, $Rho = -0,15$ con $p = 0,230$, de nuevo una relación inversa muy leve que no alcanza significación, por lo que no se puede afirmar que la trayectoria profesional reduzca, por sí misma, el DAI R.

Por último, la experiencia en UCI muestra $Rho = 0,00$ con $p = 0,980$, lo que indica correlación nula, es decir, en estos datos la antigüedad en críticos no se asocia ni al alza ni a la baja con la ansiedad ante la muerte. En conjunto, la tabla apunta a que el DAI R en esta muestra parece poco dependiente de variables de “tiempo” (edad y años de experiencia).

Tabla 6. Correlación de la edad, la experiencia laboral y la experiencia en UCI con DAI-R

	Rho	p
Edad (años)	-0,15	0,240
Experiencia laboral (años)	-0,15	0,230
Experiencia UCI (años)	0,00	0,980

Rho: coeficiente de correlación de Spearman; p: nivel crítico de significación

Discusión

El propósito de este estudio fue estimar la ansiedad ante la muerte en profesionales de una UCI y explorar su asociación con variables sociodemográficas, laborales y formativas, utilizando el Death Anxiety Inventory Revised. La muestra final, mayoritariamente femenina y de enfermería, presentó una mediana de edad de 36 años.

El DAI R mostró valores compatibles con ansiedad baja a moderada, con variabilidad interindividual. El hallazgo central fue que el turno nocturno se asoció con puntuaciones más altas que el turno diurno. No se observaron diferencias significativas por sexo, categoría profesional, hijos, pérdidas familiares recientes ni variables formativas. Tampoco se identificaron correlaciones con edad, experiencia total o años en UCI.

Resulta relevante que, pese a la exposición asistencial, la mayoría refirió no haber recibido cursos y no sentirse formada para afrontar la muerte, lo que sugiere una brecha entre demanda emocional y preparación específica. Estos datos sugieren priorizar apoyo emocional y formación en el colectivo de turno nocturno.

Los resultados son coherentes con estudios en críticos que señalan un componente contextual. Pascual Fernández et al.⁴, en UCI pediátrica y de adultos, describió diferencias asociadas al escenario asistencial, con niveles más altos en el ámbito pediátrico, reforzando que la exposición clínica concreta modula la respuesta emocional. En un contexto distinto, Belash et al.⁸, en enfermeras de UCI durante la pandemia, identificaron asociaciones entre ansiedad ante la muerte y marcadores de carga y exposición, como horas de trabajo y participación en reanimación, lo que apoya interpretar el turno nocturno como posible indicador de mayor intensidad emocional y menor soporte inmediato. Por otra parte, Cheong et al.⁹ observaron que un taller multimodal de cuidados al final de la vida redujo la ansiedad ante la muerte en enfermeras de agudos, lo que respalda el valor de intervenciones formativas estructuradas. En este estudio, la tendencia fue similar pero no significativa, compatible con formación heterogénea o potencia insuficiente.

Las limitaciones principales son el diseño transversal, que impide inferir causalidad, y el carácter unicéntrico, que limita la generalización de los hallazgos. Por otra parte, el pequeño tamaño muestral y el desequilibrio por sexo y categorías reducen la capacidad para comparar subgrupos, en especial el turno nocturno. El autoinforme puede introducir sesgo de deseabilidad social. Además, no se ajustó por factores como burnout, resiliencia, apoyo social, religiosidad, exposición reciente a fallecimientos o tipo de pacientes, por lo que el efecto del turno debe interpretarse como asociación.

Conclusiones

Este estudio muestra que los profesionales de UCI presentan niveles globales de ansiedad ante la muerte bajos a moderados, con variabilidad interindividual, lo que indica que la experiencia asistencial no se traduce de forma uniforme en habituación emocional.

La variable con mayor relevancia práctica es el turno laboral, ya que el trabajo nocturno se asocia con puntuaciones significativamente más elevadas en el DAI R respecto al turno diurno, sugiriendo un contexto potencialmente más vulnerable por carga emocional, menor soporte inmediato o mayor fatiga.

No se identifican diferencias significativas según sexo, categoría profesional, responsabilidades familiares, pérdida reciente de un familiar, ni variables formativas, y tampoco se observan correlaciones con edad, experiencia total o años en UCI. En conjunto, los hallazgos apuntan a priorizar estrategias institucionales de apoyo psicoemocional y formación específica en afrontamiento de la muerte, con especial atención a los equipos de noche, para reforzar la seguridad psicológica y la calidad del cuidado en escenarios de final de vida.

Financiación

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

Conflictos de intereses

No existen conflictos de intereses.

Referencias

5. Pascual Fernández MC. Análisis de los niveles de ansiedad ante la muerte de los profesionales de enfermería de cuidados críticos. *Nure Investig* [Internet]. 2011[acceso 24 mar 2024];50:1–12. Disponible en: <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/521>
6. Tomás-Sábado J, Fernández-Narváez P, Fernández-Donaire L, Aradilla-Herrero A. Revisión de la etiqueta diagnóstica ansiedad ante la muerte. *Enferm Clín*. 2007[acceso 18 mar 2024];17(3):152–6. doi: [10.1016/S1130-8621\(07\)71787-4](https://doi.org/10.1016/S1130-8621(07)71787-4)
7. Tomás-Sábado J, Guix Llistuella E. Ansiedad ante la muerte: efectos de un curso de formación en enfermeras y auxiliares de enfermería. *Enfermería Clínica* [Internet]. 2001[acceso 18 mar 2024];11(3):104–9. doi: [10.1016/S1130-8621\(01\)73697-2](https://doi.org/10.1016/S1130-8621(01)73697-2)
8. Pascual Fernández MC. Ansiedad del personal de enfermería ante la muerte en las unidades de críticos en relación con la edad de los pacientes. *Enferm Intens*. [Internet]. 2011[acceso 19 mar 2024];22(3):96–103. doi: [10.1016/j.enfi.2011.01.004](https://doi.org/10.1016/j.enfi.2011.01.004)
9. Castanedo Córdoba IM, Suárez Solana C, Vivar Molina C. Capacitación y afrontamiento de las enfermeras de urgencias ante la muerte y el duelo. *Enferm Doc*. [Internet] 2010[acceso 27 mar 2024];91:16-8. Disponible en: <https://www.index-f.com/edocente/91pdf/91-016.pdf>
10. van Mol MM, Kompanje EJ, Benoit DD, Bakker J, Nijkamp MD. The Prevalence of Compassion Fatigue and Burnout among Healthcare Professionals in Intensive Care Units: A Systematic Review. *PLoS One*. 2015 Aug 31;10(8):e0136955. doi: [10.1371/journal.pone.0136955](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0136955)
11. Tomás-Sábado J, Gómez-Benito J, Limonero JT. The Death Anxiety Inventory: a revision. *Psychol Rep*. 2005 Dec;97(3):793-6. doi: [10.2466/pr0.97.3.793-796](https://doi.org/10.2466/pr0.97.3.793-796)
12. Belash I, Barzagar F, Mousavi G, Janbazian K, Aghasi Z, Ladari AT, Taghizadeh M, Jahanbakhsh F, Saripour E, Gholami F, Rahnamaei K. COVID-19 pandemic and death anxiety among intensive care nurses working at the Hospitals Affiliated to Tehran University of Medical Science. *J Family Med Prim Care*. 2021 Jul;10(7):2499-2502. doi: [10.4103/jfmprc.jfmprc_2105_20](https://doi.org/10.4103/jfmprc.jfmprc_2105_20)
13. Cheong CY, Ha NHL, Tan LLC, Low JA. Attitudes towards the dying and death anxiety in acute care nurses - can a workshop make any difference? A mixed-methods evaluation. *Palliat Support Care*. 2020 Apr;18(2):164-169. doi: [10.1017/S1478951519000531](https://doi.org/10.1017/S1478951519000531)

Original

Índice de masa corporal y factores socioeducativos asociados con la supervivencia libre de enfermedad en mujeres con cáncer de mama

Marta Bustamante Vega^a

^a Facultativo Medicina Interna, Servicio de Urgencias, Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, Santander, España

Recibido el 9 de febrero de 2026. Aceptado el 16 de febrero de 2026.

Disponible en Internet el 23 de febrero de 2026.

Resumen

Introducción: el cáncer de mama mantiene una elevada incidencia y una supervivencia condicionada por factores clínicos, antropométricos y sociales. El índice de masa corporal y los indicadores socioeducativos pueden influir en la evolución. **Objetivos:** analizar la asociación entre el índice de masa corporal y distintos factores socioeducativos con la supervivencia libre de enfermedad en cáncer de mama. **Método:** estudio observacional de cohortes retrospectivo, a partir de mujeres con cáncer de mama incidente incluidas en el estudio MCC-Spain en Cantabria. Muestra final: 133 pacientes analizadas. La información clínica se obtuvo mediante revisión de historias clínicas hasta marzo de 2016. La supervivencia libre de enfermedad se estimó mediante Kaplan-Meier y las asociaciones se analizaron con modelos de Cox crudos y ajustados por estadio tumoral. **Resultados:** la edad media al diagnóstico fue de 54 años. La mayoría de los tumores se diagnosticó en estadios iniciales. El nivel educativo de la pareja se asoció con diferencias significativas en la supervivencia libre de enfermedad. También se observaron diferencias según el índice de masa corporal, con peor supervivencia a cinco años en mujeres con sobrepeso. En los modelos de Cox, ambas asociaciones perdieron significación tras ajustar por estadio tumoral. **Conclusiones:** el sobrepeso y el nivel educativo de la pareja se asociaron inicialmente con la supervivencia libre de enfermedad, aunque no se comportaron como factores independientes tras el ajuste.

Palabras clave: cáncer de mama; supervivencia libre de enfermedad; índice de masa corporal; factores socioeducativos; estudio retrospectivo.

Abstract

Introduction: Breast cancer maintains a high incidence and survival rates influenced by clinical, anthropometric, and social factors. Body mass index (BMI) and socio-educational indicators can affect disease progression. **Objectives:** To analyze the association between BMI and various socio-educational factors with disease-free survival in breast cancer. **Method:** A retrospective cohort study was conducted using data from women with incident breast cancer included in the MCC-Spain study in Cantabria, Spain. Final sample: 133 patients analyzed. Clinical information was obtained through a review of medical records up to March 2016. Disease-free survival was estimated using Kaplan-Meier, and associations were analyzed using crude and stage-adjusted Cox proportional hazards models. **Results:** The mean age at diagnosis was 54 years. Most tumors were diagnosed at early stages. The educational level of the partner was associated with significant differences in disease-free survival. Differences were also observed according to body mass index, with worse five-year survival in overweight women. In Cox proportional hazards models, both associations lost significance after adjusting for tumor stage. **Conclusions:** Overweight and the partner's educational level were initially associated with disease-free survival, although they did not behave as independent factors after adjustment.

Keywords: Breast Cancer; Disease-Free Survival; Body Mass Index; Socio-Educational Factors; Retrospective Study.

El cáncer de mama constituye uno de los principales problemas de salud pública en mujeres por su elevada incidencia, su impacto clínico y su repercusión social. Las estimaciones internacionales más recientes situaron al cáncer de mama femenino entre los tumores más frecuentes a escala mundial, con más de 2,3 millones de nuevos casos en 2022, lo que confirma su peso dentro de la carga global de cáncer [1]. Aunque los avances en cribado, diagnóstico molecular, cirugía, radioterapia y tratamientos sistémicos han mejorado de forma notable el pronóstico, la supervivencia continúa mostrando diferencias entre países, sistemas sanitarios y grupos poblacionales. En este sentido, el estudio CONCORD-3 evidenció una amplia variabilidad internacional en la supervivencia a cinco años, incluso en tumores con estrategias terapéuticas consolidadas como el cáncer de mama [2].

La supervivencia de las mujeres con cáncer de mama depende de factores clínicos bien establecidos, como el estadio al diagnóstico, el subtipo tumoral, el grado histológico y la disponibilidad de tratamientos adecuados. Sin embargo, en los últimos años ha aumentado el interés por analizar la influencia de factores modificables y sociales que pueden condicionar tanto el riesgo de progresión como la respuesta asistencial. Entre ellos, el índice de masa corporal ha sido objeto de especial atención. La evidencia procedente de revisiones sistemáticas y metaanálisis ha señalado que el sobrepeso y la obesidad se asocian con peor supervivencia global y específica por cáncer de mama, tanto en mujeres premenopáusicas como posmenopáusicas, aunque la magnitud de esta relación puede variar según el momento de medición del IMC, el estado hormonal y las características del tumor [3].

Junto a los factores antropométricos, los determinantes sociales también pueden influir en el pronóstico. El nivel educativo, los ingresos, la ocupación y el contexto socioeconómico se han relacionado con diferencias en el acceso al cribado, el estadio al diagnóstico, la adherencia terapéutica y la continuidad del seguimiento. Un metaanálisis previo observó una asociación entre mayor nivel socioeconómico, ingresos y educación con mejores tasas de supervivencia en cáncer de mama [4]. De forma similar, revisiones recientes han señalado que las desigualdades socioeconómicas pueden afectar al acceso a tratamientos completos y a los resultados a largo plazo, aunque la heterogeneidad de los indicadores utilizados dificulta establecer conclusiones uniformes [5].

Por ello, resulta necesario seguir analizando la relación entre factores clínicos, antropométricos y socioeducativos en cohortes concretas de mujeres con cáncer de mama, especialmente cuando se utilizan desenlaces como la supervivencia libre de enfermedad, que permite valorar recaídas, recidivas y evolución clínica tras el diagnóstico inicial. El objetivo de este estudio fue analizar la asociación entre el índice de masa

corporal y distintos factores socioeducativos con la supervivencia libre de enfermedad en mujeres diagnosticadas de cáncer de mama.

Métodos

Diseño de investigación

Se realizó un estudio observacional de cohortes con seguimiento retrospectivo a partir de una muestra procedente del estudio MCC-Spain, un estudio poblacional de casos y controles sobre tumores comunes en España. Para el presente análisis se seleccionaron mujeres diagnosticadas de cáncer de mama incidente en Cantabria durante el periodo de reclutamiento del estudio, con el fin de analizar la supervivencia libre de enfermedad en función de variables antropométricas y socioeducativas.

El desenlace principal fue la supervivencia libre de enfermedad, definida como el tiempo transcurrido desde el diagnóstico de cáncer de mama hasta la aparición de recidiva tumoral, nuevo evento relacionado con la enfermedad o fallecimiento. Las pacientes que no presentaron evento durante el seguimiento fueron censuradas en la fecha del último contacto disponible. El seguimiento se realizó hasta marzo de 2016.

Muestra

La población de estudio estuvo formada por mujeres diagnosticadas de cáncer de mama incidente en Cantabria e incluidas en la cohorte de casos del estudio MCC-Spain, un estudio multicéntrico de base poblacional desarrollado en España entre 2008 y 2013. La muestra inicial estuvo compuesta por 142 mujeres con diagnóstico de cáncer de mama, reclutadas en el contexto del estudio matriz mediante entrevista presencial y seguimiento clínico posterior. Durante el seguimiento se excluyeron nueve pacientes por ausencia de información evolutiva suficiente, traslado de domicilio, seguimiento en centros no accesibles para el estudio o imposibilidad de completar la revisión de la historia clínica. La muestra final analizada quedó formada por 133 mujeres.

Los criterios de inclusión fueron: mujeres de entre 20 y 85 años, residentes en el área de referencia al menos durante los seis meses previos al reclutamiento, con capacidad para responder al cuestionario epidemiológico, diagnosticadas de cáncer de mama incidente durante el periodo de reclutamiento y con confirmación histológica del tumor. Estos criterios proceden del diseño general del estudio MCC-Spain, que incluyó casos incidentes de distintos tumores, entre ellos cáncer de mama, identificados mediante búsqueda activa en los hospitales participantes.

Los criterios de exclusión fueron: diagnóstico fuera del periodo de reclutamiento, ausencia de confirmación histológica, antecedente previo de la misma enfermedad, imposibilidad de responder al cuestionario epidemiológico o falta de información clínica suficiente para establecer el seguimiento. En el análisis final también se excluyeron las pacientes en las que no fue posible determinar adecuadamente el estado vital, la presencia de recidiva o la fecha del último contacto clínico.

El estudio respetó los principios éticos aplicables a la investigación biomédica y la normativa vigente sobre confidencialidad y protección de datos. El protocolo del estudio MCC-Spain fue aprobado por los comités de ética de las instituciones participantes, y todas las participantes fueron informadas de los objetivos del estudio antes de firmar el consentimiento informado. Además, la base de datos fue registrada en la Agencia Española de Protección de Datos, con el número 2102672171.

Instrumentos y medidas

La información utilizada en el estudio se obtuvo a partir de la revisión retrospectiva de las historias clínicas de las pacientes incluidas en la cohorte de cáncer de mama del estudio MCC-Spain en Cantabria. Esta revisión permitió completar el seguimiento clínico hasta marzo de 2016 y recoger la información relativa al estado vital, la presencia de recidiva tumoral, la fecha del último contacto médico y la fecha del evento cuando este se produjo.

La variable principal del estudio fue la supervivencia libre de enfermedad, definida como el tiempo transcurrido desde el diagnóstico de cáncer de mama hasta la aparición del primer evento relacionado con la enfermedad. Se consideraron eventos la recidiva tumoral, la aparición de un nuevo cáncer de mama en cualquier localización, local, locorregional o a distancia, y el fallecimiento relacionado con la enfermedad. Las pacientes que no presentaron ninguno de estos eventos durante el seguimiento fueron censuradas en la fecha del último contacto clínico disponible.

Las variables de exposición principales fueron el índice de masa corporal y los factores socioeducativos. El índice de masa corporal se analizó inicialmente en dos categorías, normopeso frente a sobrepeso u obesidad, y posteriormente en tres grupos, normopeso, sobrepeso y obesidad. Los factores socioeducativos considerados fueron el nivel educativo de la paciente, el nivel educativo de la pareja, el nivel socioeconómico de los padres y el estado civil. Estas variables permitieron valorar la posible relación entre las condiciones sociales y antropométricas de las pacientes y la evolución clínica tras el diagnóstico.

También se recogieron variables clínicas relevantes para caracterizar la muestra y ajustar los análisis, especialmente el estadio tumoral al diagnóstico, dado su papel pronóstico en la evolución del cáncer de mama. La inclusión del estadio como variable de ajuste permitió valorar si las asociaciones observadas entre los factores socioeducativos, el índice de masa corporal y la supervivencia libre de enfermedad se mantenían tras considerar la extensión inicial de la enfermedad.

Análisis estadísticos

Las variables cuantitativas se describieron mediante media y desviación estándar, mientras que las variables cualitativas se expresaron mediante frecuencias absolutas y porcentajes. Las características basales de la muestra se presentaron de forma descriptiva para contextualizar el perfil clínico y sociodemográfico de las participantes. La supervivencia libre de enfermedad se estimó mediante el método de Kaplan-Meier. Se calcularon las tasas de supervivencia libre de enfermedad a 1, 3 y 5 años según las categorías de las variables analizadas. Las diferencias entre curvas de supervivencia se evaluaron mediante la prueba de log-rank. Para estimar la asociación entre los factores socioeducativos, el índice de masa corporal y la supervivencia libre de enfermedad, se utilizaron modelos de regresión de Cox. En primer lugar, se calcularon hazard ratios crudos con sus intervalos de confianza al 95 %. Posteriormente, se realizaron modelos ajustados por estadio tumoral, dado que el estadio al diagnóstico constituye uno de los principales factores pronósticos en cáncer de mama y podía actuar como variable de confusión. El nivel de significación estadística se estableció en $p < 0,05$. Todos los análisis se realizaron con el programa estadístico STATA, versión 14.

Resultados

La Tabla 1 muestra las características principales de las 133 mujeres incluidas en el análisis. La edad media al diagnóstico fue de 54 años, con una mediana de 51 años. La mayoría de los tumores se diagnosticó en estadios iniciales, principalmente estadio I, 45,54 %, y estadio II, 33,66 %. También predominaron los tumores con receptores hormonales positivos, con un 88,57 % de positividad para receptores de estrógenos y un 78,85 % para receptores de progesterona. En cuanto al perfil socioeducativo, el 41,35 % de las mujeres tenía estudios primarios o inferiores y el 22,56 % estudios universitarios. Respecto al IMC, el 54,14 % presentó normopeso, el 33,08 % sobrepeso y el 12,78 % obesidad, por lo que casi la mitad de la muestra presentaba exceso ponderal.

Tabla 7. Características clínicas y sociodemográficas

Variable	Categoría	n	%
Estadio tumoral	0	8	7,92
	I	46	45,54
	II	34	33,66
	III	13	12,87
Receptores de estrógenos	Positivos	93	88,57
	Negativos	12	11,43
Receptores de progesterona	Positivos	82	78,85
	Negativos	22	21,15
Receptores HER2	Positivos	25	23,81
	Negativos	80	76,19
Subtipo tumoral	Receptores hormonales positivos	78	72,90
	HER2 positivo	26	24,30
	Triple negativo	3	2,80
Nivel educativo de la paciente	Primarios o menos	55	41,35
	Secundarios	48	36,09
	Universitarios	30	22,56
Nivel educativo de la pareja	Primarios o menos	37	39,36
	Secundarios	27	28,72
	Universitarios	30	31,91
Nivel socioeconómico de los padres	Bajo	28	21,05
	Medio-alto	105	78,95
Estado civil	Soltera	22	18,00
	Casada	88	72,13
	Viuda	12	9,83
IMC	Normopeso, 20-25 kg/m ²	72	54,14
	Sobrepeso, 25-30 kg/m ²	44	33,08
	Obesidad, >30 kg/m ²	17	12,78

n: frecuencia absoluta; %: porcentaje

La Tabla 2 presenta la supervivencia libre de enfermedad según factores socioeducativos e IMC. El nivel educativo de la paciente, el nivel socioeconómico de los padres y el estado civil no mostraron diferencias estadísticamente significativas en la supervivencia libre de enfermedad. En cambio, el nivel educativo de la pareja sí se asoció con diferencias significativas, $p = 0,030$ (Figura 1). Las mujeres cuyas parejas tenían estudios universitarios presentaron una supervivencia libre de enfermedad a 5 años del 91,49 %, frente al 77,78 % observado en aquellas cuyas parejas tenían estudios secundarios.

También se observaron diferencias significativas según el IMC, $p = 0,006$ (Figura 2). Las mujeres con normopeso presentaron una supervivencia libre de enfermedad a 5 años del 92,02 %, mientras que en el grupo con sobrepeso fue del 74,33 %. En las mujeres con obesidad, la supervivencia fue del 94,12 %, aunque este resultado debe interpretarse con cautela por el reducido número de casos y eventos en este subgrupo.

Tabla 8. Supervivencia libre de enfermedad según factores socioeducativos e IMC

Variable	Categoría	n	Eventos	SLE 1 año %	SLE 3 años %	SLE 5 años %	p
Nivel educativo de la paciente	Primarios o menos	48	7	98,18	90,63	88,66	0,762
	Secundarios	39	9	97,92	91,57	83,67	
	Universitarios	26	4	96,67	86,42	86,42	
Nivel educativo de la pareja	Primarios o menos	37	6	100	92,86	90,35	0,030
	Secundarios	27	9	91,67	83,33	77,78	
	Universitarios	30	2	100	96,88	91,49	
Nivel socioeconómico de los padres	Bajo	25	3	100	96,43	92,72	0,428
	Medio-alto	88	17	97,14	88,31	84,70	
Estado civil	Soltera	19	3	100	85,41	85,41	0,808
	Casada	74	14	96,59	90,82	86,60	
	Viuda	11	1	100	90,91	90,91	
IMC, tres categorías	Normopeso, 20-25 kg/m ²	72	6	98,61	95,79	92,02	0,006
	Sobrepeso, 25-30 kg/m ²	44	13	97,73	79,20	74,33	
	Obesidad, >30 kg/m ²	17	1	94,12	94,12	94,12	

SLE: supervivencia libre de enfermedad; %: porcentaje; p: nivel crítico de significación de Kaplan-Meier

Figura 1. Curvas de Kaplan-Meier según nivel educativo de pareja

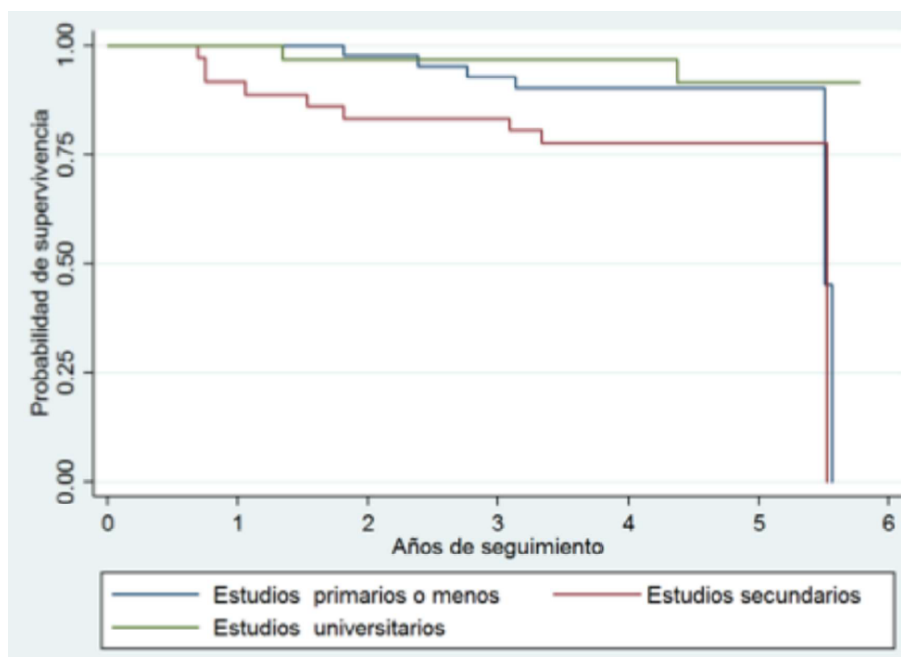
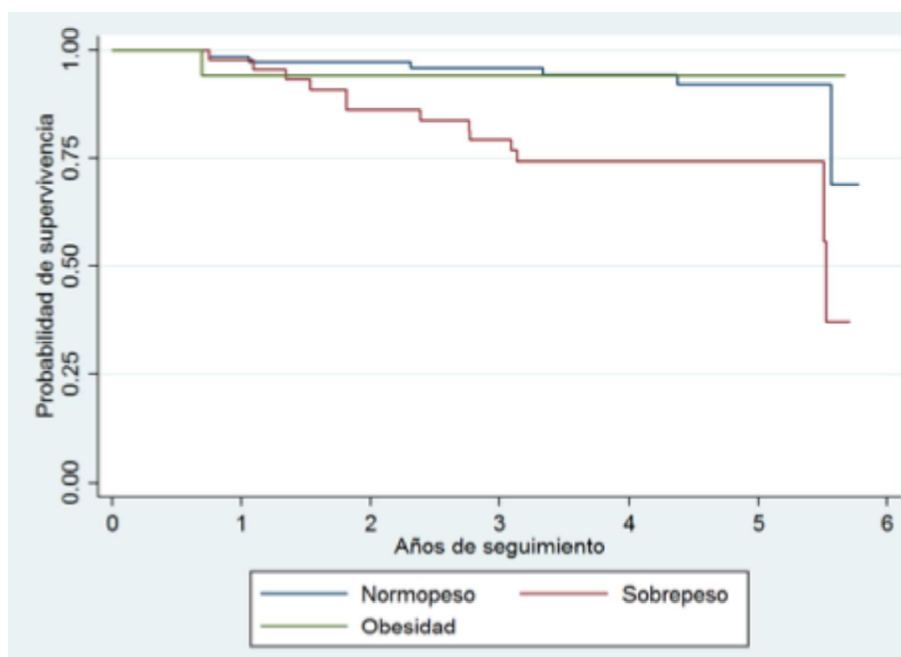


Figura 2. Curvas de Kaplan-Meier según IMC



La Tabla 3 recoge los modelos de regresión de Cox. En el análisis crudo, el nivel educativo de la pareja y el IMC mostraron asociación con la supervivencia libre de enfermedad. Las mujeres cuyas parejas tenían estudios secundarios presentaron mayor riesgo de evento que aquellas cuyas parejas tenían estudios universitarios, HR = 6,90, IC 95 %: 1,35 a 35,27. Sin embargo, esta asociación perdió significación tras el ajuste por estadio tumoral.

En relación con el IMC, las mujeres con sobrepeso presentaron mayor riesgo de evento que las mujeres con normopeso, HR = 3,82, IC 95 %: 1,45 a 10,09. Tras ajustar por estadio tumoral, la asociación se atenuó y dejó de ser significativa. El nivel educativo de la paciente, el nivel socioeconómico de los padres y el estado civil no mostraron asociaciones significativas en los modelos crudos ni ajustados.

Tabla 9. Asociación entre factores socioeducativos, IMC y supervivencia libre de enfermedad mediante regresión de Cox

Variable	Categoría	HR crudo	IC 95 %	p	HR ajustado	IC 95 %	p
Nivel educativo de la paciente	Primarios o menos	1,14	0,33-3,97	0,836	0,732	0,10-5,31	0,101
	Secundarios	1,49	0,46-4,85	0,506	2,07	0,43-10,00	0,429
	Universitarios	Ref.			Ref.		
Nivel educativo de la pareja	Primarios o menos	3,24	0,63-16,81	0,161	0,54	0,07-4,22	0,561
	Secundarios	6,90	1,35-35,27	0,020	1,39	0,29-8,71	0,582
	Universitarios	Ref.			Ref.		
Nivel socioeconómico de los padres	Bajo	0,61	0,18-2,09	0,433	0,95	0,20-4,48	0,944
	Medio-alto	Ref.			Ref.		
Estado civil	Soltera	Ref.			Ref.		
	Casada	1,37	0,39-4,87	0,622	1,34	0,25-7,06	0,726
	Viuda	0,85	0,85-8,44	0,888	1,21	0,09-14,88	0,880
IMC, dos categorías	Sobrepeso/obesidad	2,94	1,13-7,67	0,027	1,71	0,48-6,13	0,407
	Normopeso	Ref.			Ref.		
IMC, tres categorías	Normopeso, 20-25 kg/m ²	Ref.			Ref.		
	Sobrepeso, 25-30 kg/m ²	3,82	1,45-10,09	0,007	2,50	0,71-8,75	0,153
	Obesidad, >30 kg/m ²	0,74	0,09-6,18	0,784	—	—	1,000

HR: hazard ratio; IC 95 %: intervalo de confianza al 95%; Ref: grupo de referencia. Los modelos ajustados incluyeron el estadio tumoral como variable de ajuste

Discusión

Los resultados de este estudio muestran que la supervivencia libre de enfermedad en mujeres con cáncer de mama se asoció principalmente con el índice de masa corporal y con el nivel educativo de la pareja en los análisis iniciales. En cambio, el nivel educativo de la paciente, el nivel socioeconómico de los padres y el estado civil no mostraron diferencias estadísticamente significativas. Este patrón sugiere que la evolución tras el diagnóstico no depende solo de variables clínicas, sino también de factores corporales y sociales que pueden condicionar el pronóstico, aunque su efecto debe interpretarse junto al estadio tumoral, que sigue siendo uno de los principales determinantes de supervivencia en cáncer de mama [2].

El índice de masa corporal fue una de las variables con mayor relevancia en el análisis. Las mujeres con sobrepeso presentaron una supervivencia libre de enfermedad inferior a la observada en mujeres con normopeso, así como un mayor riesgo de evento en el análisis crudo. Este resultado coincide con la evidencia previa que relacionó el exceso ponderal con peor supervivencia global y específica en cáncer de mama [3]. De forma similar, Ewertz et al. observaron que la obesidad se asociaba con mayor riesgo de metástasis a distancia y muerte por cáncer de mama, especialmente en mujeres posmenopáusicas [6]. Pajares et al. también describieron un peor pronóstico en pacientes con obesidad severa tratadas con quimioterapia adyuvante, aunque el efecto podía variar según la intensidad del exceso ponderal y las características clínicas de la muestra [7].

En este estudio, el peor comportamiento se observó en el grupo con sobrepeso, no en el grupo con obesidad. Este resultado no debe interpretarse como un efecto protector de la obesidad, sino como un hallazgo probablemente condicionado por el tamaño reducido del subgrupo de mujeres obesas y por el bajo número de eventos registrados. Además, tras ajustar por estadio tumoral, la asociación entre IMC y supervivencia libre de enfermedad perdió significación estadística. Esto indica que parte del efecto observado podría explicarse por diferencias en el estadio al diagnóstico o por otros factores clínicos no incluidos en el modelo, como los tratamientos recibidos, la comorbilidad o la adherencia terapéutica.

El nivel educativo de la pareja también mostró diferencias significativas en la supervivencia libre de enfermedad, especialmente en el análisis descriptivo y en el modelo de Cox no ajustado. Aunque el nivel educativo propio no se asoció con el desenlace, el nivel educativo de la pareja podría reflejar aspectos del entorno familiar, el apoyo social, la capacidad de comprensión de la información sanitaria o la disponibilidad de recursos para sostener el seguimiento clínico. La literatura ha señalado que el nivel socioeconómico, los ingresos y la educación se relacionan con la supervivencia en cáncer de mama, aunque la magnitud de esta asociación varía entre estudios [4]. Woods et al. ya plantearon que las desigualdades en supervivencia oncológica pueden explicarse por diferencias en estadio al diagnóstico, acceso a tratamientos, comorbilidades y continuidad asistencial [8]. Afshar et al. también identificaron el estadio, las características tumorales, los estilos de vida, las comorbilidades y el tratamiento como factores que explican parte de las desigualdades socioeconómicas en supervivencia [9].

La pérdida de significación tras el ajuste por estadio tumoral es un dato importante. Más que descartar la relevancia de los factores sociales y del IMC, sugiere que estas variables podrían actuar de forma indirecta, influyendo en el momento del diagnóstico, en el acceso al seguimiento o en otros elementos del proceso asistencial. Por ello, los resultados deben entenderse como asociaciones observadas en una cohorte concreta, no como factores pronósticos independientes.

Entre las principales limitaciones destaca el diseño retrospectivo, basado en revisión de historias clínicas, lo que puede generar pérdidas de información y limitar el control sobre la calidad de los datos registrados. También debe considerarse el tamaño muestral reducido, especialmente en algunos subgrupos, como el de obesidad, viudez o tumores triple negativos. El número limitado de eventos disminuye la precisión de los modelos de Cox y amplía los intervalos de confianza. Además, el ajuste estadístico se centró en el estadio tumoral, pero no incorporó de forma completa otros posibles factores de confusión, como tratamiento recibido, comorbilidad, cambios de peso durante el seguimiento o adherencia terapéutica. A pesar de estas limitaciones, el estudio aporta información útil sobre la posible relación entre exceso ponderal, contexto socioeducativo y supervivencia libre de enfermedad en mujeres con cáncer de mama, y refuerza la necesidad de integrar variables clínicas y sociales en la evaluación pronóstica.

Conclusiones

El estudio mostró que la supervivencia libre de enfermedad en mujeres con cáncer de mama fue elevada a los cinco años, aunque presentó diferencias según determinadas características de la muestra. El índice de masa corporal se asoció con la supervivencia libre de enfermedad en el análisis inicial, observándose peor evolución en las mujeres con sobrepeso frente a aquellas con normopeso. Asimismo, el nivel educativo de la pareja mostró diferencias significativas en la supervivencia, mientras que el nivel educativo de la paciente, el nivel socioeconómico de los padres y el estado civil no presentaron asociaciones relevantes.

No obstante, las asociaciones observadas perdieron significación tras el ajuste por estadio tumoral, lo que indica que el estadio al diagnóstico pudo influir en la relación entre estos factores y la evolución clínica. Estos resultados sugieren la conveniencia de seguir analizando el papel del exceso ponderal y de los factores socioeducativos en el pronóstico del cáncer de mama, mediante estudios con muestras más amplias, mayor número de eventos y control de otras variables clínicas y terapéuticas.

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. Bray F, Laversanne M, Sung H, Ferlay J, Siegel RL, Soerjomataram I, Jemal A. Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin.* 2024 May-Jun;74(3):229-263. doi: 10.3322/caac.21834
2. Allemani C, Matsuda T, Di Carlo V, Harewood R, Matz M, Nikšić M, et al. Global surveillance of trends in cancer survival 2000-14 (CONCORD-3): analysis of individual records for 37 513 025 patients diagnosed with one of 18 cancers from 322 population-based registries in 71 countries. *Lancet.* 2018 Mar 17;391(10125):1023-1075. doi: 10.1016/S0140-6736(17)33326-3
3. Chan DSM, Vieira AR, Aune D, Bandera EV, Greenwood DC, McTiernan A, et al. Body mass index and survival in women with breast cancer-systematic literature review and meta-analysis of 82 follow-up studies. *Ann Oncol.* 2014 Oct;25(10):1901-1914. doi: 10.1093/annonc/mdu042
4. Taheri M, Tavakol M, Akbari ME, Almasi-Hashiani A, Abbasi M. Relationship of Socio Economic Status, Income, and Education with the Survival Rate of Breast Cancer: A Meta-Analysis. *Iran J Public Health.* 2019 Aug;48(8):1428-1438.

5. Akkala S, Zuber M, Atta JA, Mzizi NO, Akkula J. Socioeconomic status and breast cancer treatment in the United States: results from a systematic literature review. *Cancer Control*. 2025;32:10732748251341520. doi:10.1177/10732748251341520.
6. Ewertz M, Gray KP, Regan MM, Ejlertsen B, Price KN, Thürlimann B, et al. Obesity and risk of recurrence or death after adjuvant endocrine therapy with letrozole or tamoxifen in the breast international group 1-98 trial. *J Clin Oncol*. 2012 Nov 10;30(32):3967-75. doi: 10.1200/JCO.2011.40.8666
7. Pajares B, Pollán M, Martín M, Mackey JR, Lluch A, Gavila J, et al. Obesity and survival in operable breast cancer patients treated with adjuvant anthracyclines and taxanes according to pathological subtypes: a pooled analysis. *Breast Cancer Res*. 2013 Nov 6;15(6):R105. doi: 10.1186/bcr3572
8. Woods LM, Rachet B, Coleman MP. Origins of socio-economic inequalities in cancer survival: a review. *Ann Oncol*. 2006 Jan;17(1):5-19. doi: 10.1093/annonc/mdj007
9. Afshar N, English DR, Milne RL. Factors Explaining Socio-Economic Inequalities in Cancer Survival: A Systematic Review. *Cancer Control*. 2021 Jan-Dec;28:10732748211011956. doi: 10.1177/10732748211011956

Revisión

Buceo adaptado en la mejora de la calidad de vida de personas con discapacidad física: una revisión sistemática

Carlo Franco Herrera^a

^a Terapeuta Ocupacional, Departamento RHB neuro HUN-D, Hospital Universitario de Navarra, Pamplona, España

Recibido el 9 de enero de 2026. Aceptado el 16 de enero de 2026.

Disponibile en Internet el 21 de febrero de 2026.

Resumen

Introducción: las personas con discapacidad física suelen enfrentar barreras que dificultan su autonomía, su funcionalidad y su participación en la vida diaria. En este contexto, el buceo adaptado ha emergido como una actividad significativa con potencial terapéutico, promoviendo beneficios tanto físicos como emocionales y sociales. **Objetivo:** esta revisión sistemática se propuso analizar la evidencia científica reciente sobre sus efectos desde el enfoque de la Terapia Ocupacional. **Metodología:** se realizó una búsqueda bibliográfica estructurada en las bases de datos PubMed, Scopus y Web of Science, siguiendo las directrices PRISMA. Se seleccionaron cinco estudios publicados entre 2021 y 2024 que cumplieran con criterios metodológicos rigurosos. La calidad de los estudios fue evaluada mediante la herramienta de lectura crítica FLC 3.0. **Resultado:** los estudios incluidos reportaron mejoras en la movilidad, la fuerza muscular y el control postural. A nivel psicológico, se observaron aumentos en la autoestima, el bienestar emocional y la autoeficacia. Además, el buceo adaptado promovió la participación social y el sentido de pertenencia en entornos comunitarios. **Conclusión:** el buceo adaptado se presenta como una intervención efectiva dentro de la Terapia Ocupacional, al abordar no solo la dimensión física, sino también aspectos emocionales y sociales. No obstante, se identificaron limitaciones como la escasez de estudios y la necesidad de una mayor estandarización y accesibilidad. La evidencia respalda el uso del buceo adaptado como una herramienta terapéutica complementaria en planes de intervención personalizados, fomentando una mejora integral en la calidad de vida de personas con discapacidad física.

Palabras clave: Buceo, Discapacidades, Impedimentos físicos, Crecimiento personal, Calidad de vida.

Abstract

Introduction: People with physical disabilities often face barriers that hinder their autonomy, functionality, and participation in daily life. In this context, adaptive diving has emerged as a significant activity with therapeutic potential, promoting physical, emotional, and social benefits. **Objective:** This systematic review aimed to analyze recent scientific evidence on its effects from an occupational therapy perspective. **Methodology:** A structured literature search was conducted in the PubMed, Scopus, and Web of Science databases, following the PRISMA guidelines. Five studies published between 2021 and 2024 that met rigorous methodological criteria were selected. The quality of the studies was assessed using the FLC 3.0 critical appraisal tool. **Results:** The included studies reported improvements in mobility, muscle strength, and postural control. At a psychological level, increases in self-esteem, emotional well-being, and self-efficacy were observed. Furthermore, adaptive diving promoted social participation and a sense of belonging in community settings. **Conclusion:** Adaptive diving is presented as an effective intervention within Occupational Therapy, addressing not only the physical dimension but also emotional and social aspects. However, limitations were identified, such as the scarcity of studies and the need for greater standardization and accessibility. The evidence supports the use of adaptive diving as a complementary therapeutic tool in personalized intervention plans, promoting a comprehensive improvement in the quality of life of people with physical disabilities.

Keywords: Diving, Disabilities, Physical Impairments, Personal Growth, Quality of Life.

Desde la Terapia Ocupacional, la participación en ocupaciones con significado personal se considera un componente central de la salud, la autonomía y la inclusión social [1]. En las personas con discapacidad física, las limitaciones de movilidad pueden restringir esa participación. El deporte y la recreación física se han asociado con mejoras en movilidad, participación y calidad de vida en adultos con discapacidad [2]. El medio acuático resulta de interés porque la flotabilidad reduce la carga mecánica, facilita el movimiento y permite realizar acciones difíciles en tierra; en personas con lesión medular, el ejercicio acuático se ha descrito como útil para favorecer la actividad física y la funcionalidad [3].

El buceo adaptado ha comenzado a estudiarse como una actividad recreativa con potencial rehabilitador. Henrykowska et al. lo describieron como una forma de rehabilitación para personas con discapacidad física, al favorecer el movimiento, la autonomía y la percepción de competencia [4]. Más adelante, observaron una mejor calidad de vida relacionada con la salud en personas con discapacidad física que practicaban buceo frente a quienes no lo hacían [5]. Estudios de métodos mixtos relacionaron también esta práctica con mayor autoeficacia, bienestar percibido, participación social y una vivencia transformadora de la propia discapacidad [6,7].

A pesar de estos resultados, la evidencia disponible sigue siendo limitada y heterogénea, con muestras pequeñas, diseños diversos y escasa síntesis desde la Terapia Ocupacional. Esta situación dificulta precisar el lugar del buceo adaptado dentro de intervenciones centradas en actividades significativas, autonomía y participación comunitaria. Por ello, resulta pertinente revisar de forma sistemática la literatura existente y valorar sus efectos.

El objetivo de este estudio fue analizar la evidencia científica disponible sobre la influencia del buceo adaptado, entendido como actividad significativa, en la funcionalidad, el bienestar emocional, la participación social y la calidad de vida de personas con discapacidad física.

Métodos

Se realizó una revisión sistemática de la literatura con el propósito de sintetizar la evidencia científica disponible sobre los efectos del buceo adaptado en personas adultas con discapacidad física. La revisión se desarrolló y se redactó siguiendo las recomendaciones de la declaración PRISMA 2020, con el fin de garantizar un proceso de identificación, selección y presentación de los estudios lo más transparente y reproducible posible [8].

La pregunta de investigación se formuló mediante la estrategia PICO: en personas adultas con discapacidad física, ¿qué efectos presenta la práctica del buceo adaptado sobre la funcionalidad física, la calidad de vida y la participación ocupacional? La población de interés estuvo constituida por personas adultas con discapacidad física; la intervención fue el buceo adaptado o la práctica de buceo en personas con limitaciones físicas; no se estableció un comparador obligatorio, debido a la heterogeneidad de los diseños disponibles; y los desenlaces considerados fueron la funcionalidad física, el bienestar emocional, la participación social, la autoeficacia y la calidad de vida.

Fuentes de información y estrategia de búsqueda

La búsqueda bibliográfica se llevó a cabo entre marzo de 2024 y abril de 2025 en tres bases de datos electrónicas: MEDLINE a través de PubMed, Scopus y Web of Science, seleccionadas por su cobertura en ciencias de la salud, rehabilitación y ciencias sociales. La estrategia combinó términos controlados y términos libres relacionados con la intervención y la población de interés. Entre los descriptores empleados se incluyeron scuba diving, underwater diving, disabilities, physical impairments y mobility impairment, combinados mediante los operadores booleanos AND y OR.

Las ecuaciones de búsqueda se adaptaron a la sintaxis propia de cada base de datos. De forma general, se utilizaron combinaciones como:

("scuba diving" OR "underwater diving") AND ("physical impairment" OR "physical disability" OR "mobility impairment")

y

("scuba diving") AND ("disabilities").

Se aplicaron filtros por idioma, periodo de publicación y tipo de documento conforme a los criterios de elegibilidad establecidos. Además, se revisaron las listas bibliográficas de los estudios finalmente incluidos para identificar posibles artículos relevantes no recuperados en la búsqueda inicial.

Criterios de elegibilidad

Se incluyeron estudios primarios publicados entre 2021 y 2024, en inglés o español, que analizaran la práctica del buceo en personas adultas con discapacidad física o impedimentos motores y que aportaran resultados relacionados con la funcionalidad, la salud física o psicológica, la participación social o la calidad de vida. Se aceptaron estudios cuantitativos, cualitativos y de métodos mixtos, siempre que evaluaran directamente la experiencia o los efectos del buceo en la población de interés.

Se excluyeron revisiones sistemáticas, revisiones narrativas, editoriales, cartas al editor, protocolos, trabajos académicos no publicados y estudios centrados exclusivamente en población pediátrica, personas sin discapacidad física o intervenciones acuáticas no relacionadas con el buceo. También se excluyeron los artículos que no ofrecían acceso al texto completo o que no informaban de resultados relevantes para la pregunta planteada.

Selección de estudios y extracción de datos

Todos los registros recuperados se exportaron a Zotero para su organización y eliminación de duplicados. Posteriormente, se efectuó un cribado en dos fases. En la primera, se revisaron títulos y resúmenes para descartar los artículos claramente no relacionados con la pregunta de investigación. En la segunda, se evaluó el texto completo de los estudios potencialmente elegibles conforme a los criterios de inclusión y exclusión previamente definidos.

La selección final se documentó mediante un diagrama de flujo siguiendo el modelo PRISMA 2020, en el que se registraron los estudios identificados, los eliminados por duplicidad, los excluidos tras la lectura de título y resumen, los evaluados a texto completo y los finalmente incluidos en la síntesis [8].

Para cada estudio incluido se extrajo de forma sistemática la siguiente información: autor y año de publicación, país, diseño metodológico, características de la muestra, tipo de discapacidad, características de la práctica de buceo, instrumentos de evaluación empleados y principales resultados relacionados con la funcionalidad física, el bienestar emocional, la participación social y la calidad de vida. La extracción se organizó en una tabla de síntesis diseñada previamente para facilitar la comparación entre estudios y la identificación de patrones comunes.

Evaluación de la calidad metodológica

La calidad metodológica de los estudios incluidos se valoró mediante las Fichas de Lectura Crítica FLC 3.0, desarrolladas por Osteba, herramienta diseñada para apoyar la evaluación de estudios en revisiones sistemáticas y jerarquizar la confianza en sus resultados [9]. Se consideraron aspectos relativos al diseño, la selección de la muestra, la definición de las variables, la adecuación de los instrumentos de medida, la consistencia de los resultados y la presencia de posibles sesgos. A partir de esta valoración, los estudios se clasificaron según su nivel de calidad metodológica.

Resultados

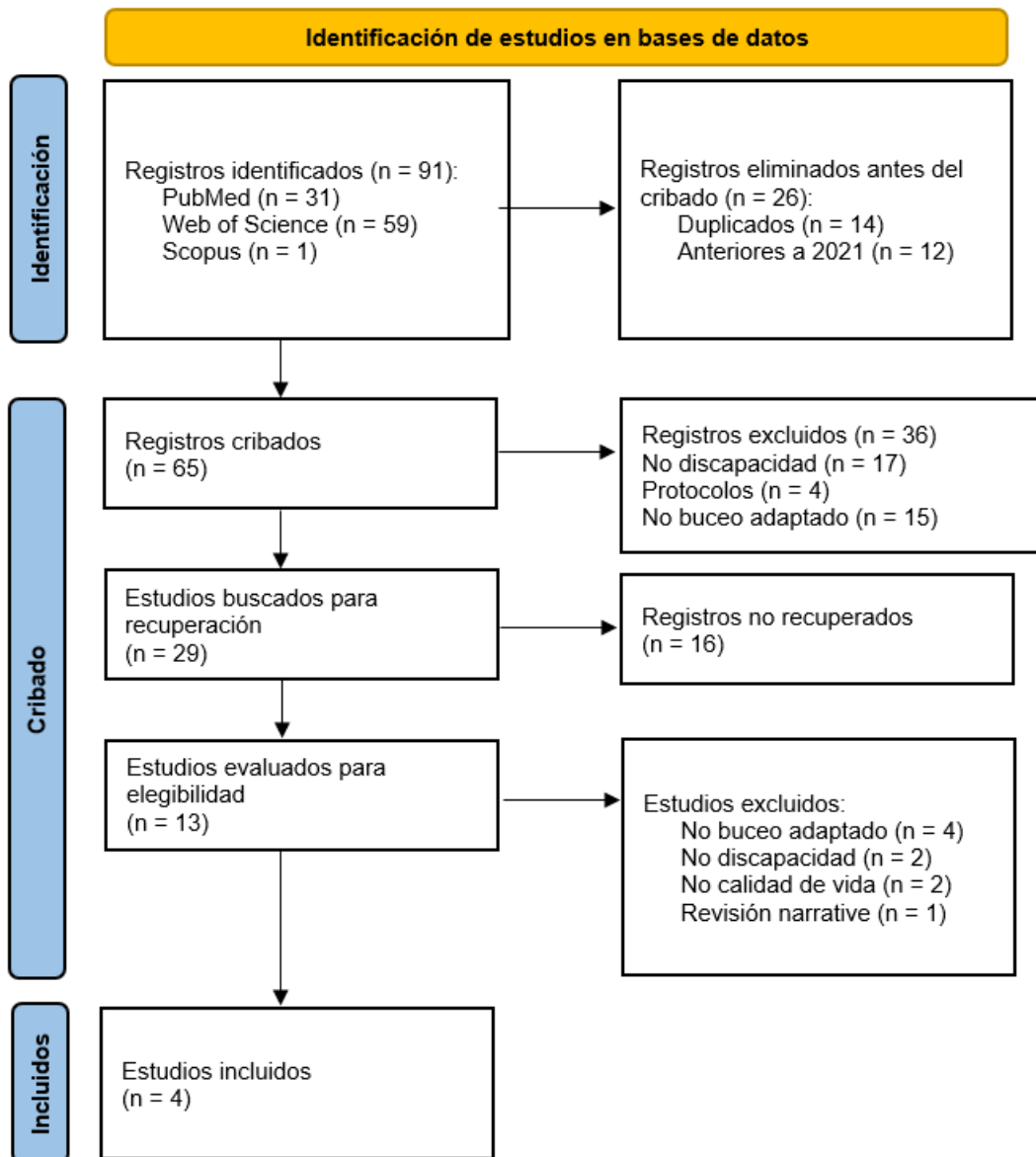
Selección y características de los estudios seleccionados

La búsqueda bibliográfica permitió identificar 91 registros, de los cuales 31 procedían de PubMed, 1 de Scopus y 59 de Web of Science. Tras eliminar 14 duplicados y 12 anteriores a 2021, se cribaron 65 registros mediante la lectura de título y resumen. En esta fase se excluyeron 36 artículos por no incluir población con discapacidad, ser protocolos de investigación o no tratar el buceo adaptado. Posteriormente, se buscaron 29 estudios para recuperación, de los que 16 no pudieron ser recuperados por no encontrarse el texto completo. Se evaluaron 13 textos completos, de los cuales 9 fueron excluidos por los siguientes motivos: no abordar específicamente el buceo adaptado, incluir población sin discapacidad física, no analizar desenlaces relacionados con la calidad de vida o la participación, o corresponder a una revisión narrativa. Finalmente, se incluyeron 4 estudios en la síntesis cualitativa [4-7] (Figura 1).

Los estudios seleccionados se publicaron entre 2021 y 2024. Dos fueron realizados por Henrykowska et al. en Polonia y analizaron la práctica de buceo en personas con discapacidad física mediante estudios observacionales de corte transversal [4,5]. Ambos artículos procedían de una misma muestra de 182 cuestionarios válidos, integrada por 118 personas sin experiencia previa en buceo y 64 personas con discapacidad física que practicaban esta actividad, por lo que sus resultados no deben interpretarse como evidencia completamente independiente [4,5]. Los otros dos estudios fueron desarrollados por Santiago Perez et al. y emplearon diseños explicativos secuenciales de métodos mixtos en personas con impedimentos físicos que practicaban buceo recreativo [6,7]. El primero incluyó una fase cuantitativa con 78 participantes y entrevistas posteriores a 15 personas, mientras que el segundo incorporó una encuesta a 103 participantes y una fase cualitativa con 15 entrevistas de seguimiento [6,7].

En la Tabla 1 se presentan las características de los estudios seleccionados.

Figura 3. Flujograma modelo PRISMA



Síntesis de los hallazgos

Los estudios incluidos mostraron una tendencia convergente: la práctica del buceo se asoció con mejores valoraciones de la salud física, el bienestar emocional, la participación social y la calidad de vida en personas con discapacidad física. No obstante, los resultados deben interpretarse con cautela, ya que los diseños disponibles fueron observacionales o de métodos mixtos y no permitieron establecer relaciones causales ni valorar la eficacia terapéutica del buceo adaptado como intervención estructurada (Tabla 1).

En el plano físico, Henrykowska et al. observaron que las personas que practicaban buceo informaban de una mejor percepción de sus habilidades motoras, de la eficiencia respiratoria y del alivio del dolor [4]. En el estudio posterior del mismo grupo, los buceadores obtuvieron puntuaciones significativamente superiores en funcionamiento físico y en el componente físico global del SF-36 frente a las personas con discapacidad que no practicaban buceo [5]. Los estudios de Santiago Pérez et al. no evaluaron una intervención rehabilitadora en sentido estricto, pero sus participantes describieron el buceo como una actividad que favorecía la sensación de capacidad, el bienestar corporal y, en algunos casos, la percepción de mejoría física [4,5].

Los hallazgos fueron especialmente consistentes en la dimensión emocional y psicológica. Henrykowska et al. encontraron diferencias significativas a favor de los buceadores en autoestima, autoconfianza y salud mental percibida [4,5]. En el estudio de Santiago Pérez et al. de 2023, la autoeficacia mostró asociaciones significativas con la salud social, psicológica y física, la calidad de vida relacionada con la salud y el nivel de

discapacidad, mientras que las entrevistas reflejaron que el buceo aportaba sentido, pertenencia y confianza personal [6]. En el estudio de 2024, el 82,52% de los participantes describió el buceo como una experiencia transformadora, vinculada con emociones positivas, relajación, crecimiento personal y cambios conductuales duraderos [7].

La dimensión social también apareció de forma reiterada. Los estudios polacos identificaron mejores valoraciones de la interacción social y del funcionamiento social en quienes practicaban buceo [4,5]. De manera complementaria, los estudios de métodos mixtos mostraron que el buceo podía favorecer la identidad social, el sentimiento de pertenencia, el apoyo mutuo y la creación de vínculos significativos con otros buceadores [6,7]. En general, los resultados sugieren que el valor del buceo adaptado no reside únicamente en sus posibles beneficios físicos, sino también en su capacidad para funcionar como una ocupación con significado personal, capaz de reforzar la autoeficacia, la participación y la inclusión social.

Tabla 10. Características de los estudios seleccionados

Autor y año	Diseño	Muestra	Variables principales	Hallazgos principales	Calidad global FLC 3.0
Henrykowska et al., 2021	Estudio transversal mediante encuesta	182 cuestionarios válidos: 118 personas no buceadoras y 64 buceadoras con discapacidad física	Condición mental, autoestima, autoconfianza, interacción social, aptitud física, fuerza muscular, habilidades motoras, eficiencia respiratoria y dolor	Las personas que practicaban buceo informaron de mejores valoraciones en autoestima, autoconfianza e interacción social. También declararon mejoras en eficiencia respiratoria, habilidades motoras y alivio del dolor.	Media
Henrykowska et al., 2022	Estudio transversal comparativo	182 cuestionarios válidos: 118 personas no buceadoras y 64 buceadoras con discapacidad física	Calidad de vida relacionada con la salud mediante SF-36	Los buceadores obtuvieron puntuaciones significativamente superiores en funcionamiento físico, funcionamiento social, salud mental, vitalidad y en los componentes físico y mental globales del SF-36.	Media
Santiago Perez et al., 2023	Diseño explicativo secuencial de métodos mixtos	Fase cuantitativa: 78 buceadores con impedimentos físicos; fase cualitativa: 15 participantes	Identidad social como buceador, autoeficacia, salud social, psicológica y física, calidad de vida relacionada con la salud y nivel de discapacidad	La autoeficacia predijo significativamente la salud social, psicológica y física, la calidad de vida y el nivel de discapacidad. Las entrevistas describieron el buceo como fuente de sentido, pertenencia y bienestar.	Alta
Santiago Perez et al., 2024	Diseño explicativo secuencial de métodos mixtos	Fase cuantitativa: 103 buceadores con impedimentos físicos; fase cualitativa: 15 participantes	Tipo de experiencia, personalidad, años de práctica y nivel de buceo	El 82,52% describió el buceo como una experiencia transformadora, asociada con emociones positivas, relajación, crecimiento personal, desarrollo de habilidades, conexiones sociales y percepción de sanación física y mental.	Alta

FLC 3.0: Fichas de Lectura Crítica 3.0; SF-36: Short Form Health Survey de 36 ítems

Evaluación de la calidad de los estudios seleccionados

La evaluación mediante las Fichas de Lectura Crítica FLC 3.0 mostró que dos estudios presentaron una calidad metodológica global alta y dos una calidad media. Tras excluir la revisión narrativa inicialmente considerada, no permaneció ningún estudio clasificado como de baja calidad en la síntesis final. Los trabajos de Santiago Perez et al. fueron los que alcanzaron una valoración más sólida, debido a la claridad del diseño, la integración explícita de datos cuantitativos y cualitativos y la descripción detallada de los procedimientos analíticos [6,7]. Los estudios de Henrykowska et al. presentaron una calidad media, principalmente por su diseño transversal, el uso de muestras de conveniencia, la ausencia de seguimiento y, en el primer caso, el empleo de un cuestionario elaborado por los propios autores [4,5] (Tabla 1).

Aun cuando la calidad metodológica de los artículos incluidos fue aceptable, el conjunto de la evidencia mostró limitaciones relevantes. Ningún estudio aplicó un diseño experimental o cuasiexperimental que permitiera estimar el efecto del buceo adaptado como intervención; predominó la recogida de información autoinformada y transversal, con posible sesgo de selección de personas ya motivadas hacia la actividad. Además, dos de los artículos utilizaron la misma muestra, lo que redujo la independencia real de la evidencia disponible. Por ello, los resultados permiten identificar asociaciones favorables y experiencias positivas relacionadas con el buceo en personas con discapacidad física, pero todavía no justifican conclusiones firmes sobre su eficacia terapéutica.

Discusión

La revisión mostró que el buceo adaptado se asoció con efectos favorables en personas con discapacidad física, especialmente en la calidad de vida, la autoeficacia, el bienestar emocional y la participación social. Aunque los estudios incluidos también describieron beneficios físicos, como mejor percepción de la movilidad, la función respiratoria o el alivio del dolor, el patrón más consistente apareció en las dimensiones psicosociales [4-7]. Este hallazgo resulta relevante desde la Terapia Ocupacional, ya que el valor de una actividad no depende únicamente de su efecto funcional, sino también de su capacidad para adquirir significado, reforzar la identidad personal y favorecer la participación en contextos de vida reales [1].

Los resultados obtenidos son coherentes con la evidencia disponible sobre actividad física y recreación en adultos con discapacidad. La revisión de Hassett et al. observó que la práctica deportiva y recreativa puede mejorar distintos indicadores de salud y participación en esta población [2], mientras que el ejercicio acuático se ha relacionado con ventajas derivadas de la flotabilidad y la reducción de carga mecánica en personas con lesión medular [3]. En el caso concreto del buceo adaptado, estas propiedades del medio acuático parecen combinarse con una experiencia de desafío, logro personal y pertenencia grupal. Los estudios de Henrykowska et al. encontraron mejores puntuaciones de calidad de vida, autoestima y funcionamiento social entre las personas que practicaban buceo [4,5], y los trabajos de Santiago Perez et al. mostraron que la autoeficacia, el sentido de pertenencia y la percepción de transformación personal ocuparon un lugar central en la experiencia de los participantes [6,7].

Desde una lectura ocupacional, estos datos sugieren que el buceo adaptado puede ofrecer algo distinto de otras actividades físicas convencionales. No se limita al entrenamiento corporal, sino que permite a la persona implicarse en una ocupación elegida, desafiante y socialmente reconocida, en la que la discapacidad pierde protagonismo frente a la competencia y la participación. Este aspecto ayuda a explicar por qué los beneficios emocionales y sociales fueron tan destacados en los estudios revisados. La experiencia de moverse con mayor libertad bajo el agua, dominar una habilidad compleja y formar parte de una comunidad de práctica puede favorecer una percepción más positiva de sí mismo y ampliar las oportunidades de participación más allá del propio contexto de la inmersión [4,6,7].

Sin embargo, la evidencia disponible presenta limitaciones importantes. Solo se incluyeron cuatro estudios primarios, dos de ellos derivados de una misma muestra, lo que reduce la independencia de los resultados [4,5]. Además, predominan los diseños transversales y de métodos mixtos sin asignación aleatoria ni seguimiento longitudinal, por lo que no es posible establecer relaciones causales ni determinar si los beneficios observados se mantienen en el tiempo. La mayoría de las variables fueron autoinformadas, con riesgo de sesgo de selección, especialmente porque los participantes ya practicaban buceo y podían tener una predisposición favorable hacia la actividad. También existió heterogeneidad en los desenlaces evaluados y ausencia de protocolos comparables de intervención, lo que impidió realizar una síntesis cuantitativa. Por ello, aunque los hallazgos respaldan el interés del buceo adaptado como ocupación significativa, se necesitan estudios experimentales, muestras mayores y medidas estandarizadas que permitan valorar con mayor precisión su eficacia y su aplicabilidad clínica.

Conclusiones

El buceo adaptado se perfila como una actividad significativa con potencial para mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad física, al asociarse con beneficios en la funcionalidad percibida, el bienestar emocional, la autoeficacia y la participación social. Su interés desde la Terapia Ocupacional radica en que

combina movimiento, experiencia de logro y pertenencia grupal en una ocupación con sentido para la persona. No obstante, la evidencia disponible sigue siendo limitada por el escaso número de estudios, el predominio de diseños observacionales y la falta de intervenciones estandarizadas, por lo que se necesitan investigaciones de mayor calidad que permitan confirmar su eficacia y valorar su incorporación a programas terapéuticos.

Financiación

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

Conflictos de intereses

No existen conflictos de intereses.

Referencias

14. Law M. Participation in the occupations of everyday life. *Am J Occup Ther.* 2002 Nov-Dec;56(6):640-9. doi: 10.5014/ajot.56.6.640. PMID: 12458856.
15. Hassett L, McKay MJ, Cole J, Moseley AM, Chagpar S, Geerts M, et al. Effects of sport or physical recreation for adults with physical or intellectual disabilities: a systematic review with meta-analysis. *Br J Sports Med.* 2024 Mar 8;58(5):269-277. doi: 10.1136/bjsports-2023-107123. PMID: 38129104.
16. Frye SK, Ogonowska-Slodownik A, Geigle PR. Aquatic Exercise for People With Spinal Cord Injury. *Arch Phys Med Rehabil.* 2017 Jan;98(1):195-197. doi: 10.1016/j.apmr.2016.07.010. PMID: 28010781.
17. Henrykowska G, Soin J, Siermontowski P. Scuba Diving as a Form of Rehabilitation for People with Physical Disabilities. *Int J Environ Res Public Health.* 2021 May 26;18(11):5678. doi: 10.3390/ijerph18115678. PMID: 34073170; PMCID: PMC8198635.
18. Henrykowska G, Soin J, Pleskacz K, Siermontowski P. Influence of Scuba Diving on the Quality of Life of People with Physical Disabilities. *Healthcare (Basel).* 2022 Apr 20;10(5):761. doi: 10.3390/healthcare10050761. PMID: 35627898; PMCID: PMC9140659.
19. Santiago Perez, T., Crowe, B. M., Rosopa, P. J., Townsend, J. N., & Kaufman, M. R. (2023). Diving into Health: A Mixed Methods Study on the Impact of Scuba Diving in People with Physical Impairments. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 11(7), 984. <https://doi.org/10.3390/healthcare11070984>
20. Santiago Perez T, Crowe BM, Townsend JN, Rosopa PJ, Kaufman MR. Can scuba diving transform the lives of people with physical impairments? A mixed methods study. *Disabil Rehabil.* 2024 Oct;46(21):4965-4978. doi: 10.1080/09638288.2023.2291183. Epub 2023 Dec 12. PMID: 38084726.
21. Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ.* 2021 Mar 29;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71. PMID: 33782057; PMCID: PMC8005924.
22. Osteba, Servicio de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del Departamento de Salud del Gobierno Vasco. Fichas de Lectura Crítica FLC 3.0. Vitoria-Gasteiz: Osteba; 2017.

Tendencias de Enfermería

Gestión sanitaria y cultura de seguridad: el papel de la coordinación enfermera en urgencias hospitalarias

Ester Canut Fusté^a, Concepción Álvarez López^b, Elina Garibyan^b, Elisabet Lillo Fernández^b

a Coordinadora Asistencial, Servicio de Urgencias, Hospital Clinic Barcelona, Barcelona, España

b Enfermera, Servicio de Urgencias, Hospital Clinic Barcelona, Barcelona, España

Recibido el 26 de enero de 2026. Aceptado el 4 de febrero de 2026.

Disponible en Internet el 20 de febrero de 2026.

Resumen

Introducción: la cultura de seguridad constituye un componente esencial de la calidad asistencial y adquiere especial relevancia en los servicios de urgencias hospitalarias, caracterizados por una elevada presión asistencial, complejidad organizativa y mayor exposición a riesgos clínicos. En este contexto, la coordinación enfermera desempeña un papel estratégico en la organización del servicio y en la promoción de prácticas seguras. **Objetivo:** analizar el papel de la coordinación enfermera en los servicios de urgencias hospitalarias en relación con la cultura de seguridad del paciente, destacando los retos de gestión y las estrategias innovadoras que contribuyen a la calidad asistencial. **Métodos:** artículo especial de reflexión sobre gestión sanitaria, basado en revisión narrativa de la literatura y en la experiencia práctica de coordinación en urgencias hospitalarias de nivel terciario. Se abordan los principales retos en la gestión enfermera (sobrecarga asistencial, rotación de personal, turnos nocturnos, comunicación multidisciplinar) y las estrategias implementadas para reforzar la cultura de seguridad. **Resultados:** se identifican como áreas críticas de la gestión en urgencias la presión asistencial, la incorporación frecuente de nuevo personal, las dificultades para mantener la formación continuada y la necesidad de una comunicación ágil entre profesionales. Entre las estrategias de mejora destacan el liderazgo enfermero, la actualización de protocolos, la formación adaptada a los turnos, el mentoring clínico y el fortalecimiento del trabajo en equipo. **Conclusiones:** la coordinación enfermera constituye un elemento clave para consolidar la cultura de seguridad en los servicios de urgencias. El liderazgo en gestión sanitaria debe orientarse a garantizar la seguridad clínica, la cohesión del equipo y la sostenibilidad organizativa en entornos de alta presión asistencial.

Palabras clave: Gestión sanitaria; Seguridad del paciente; Urgencias hospitalarias; Coordinación enfermera; Cultura organizacional.

Abstract

Introduction: A safety culture is an essential component of quality care and is especially relevant in hospital emergency departments, characterized by high patient volume, organizational complexity, and greater exposure to clinical risks. In this context, nurse coordination plays a strategic role in service organization and the promotion of safe practices. **Objective:** To analyze the role of nurse coordination in hospital emergency departments in relation to patient safety culture, highlighting management challenges and innovative strategies that contribute to quality care. **Methods:** This special article reflects on healthcare management, based on a narrative literature review and practical experience in coordination within tertiary-level hospital emergency departments. It addresses the main challenges in nursing management (workload overload, staff turnover, night shifts, multidisciplinary communication) and the strategies implemented to strengthen a safety culture. **Results:** Critical areas of management in emergency departments are identified as patient volume, frequent staff recruitment, difficulties in maintaining continuing education, and the need for efficient communication among professionals. Among the improvement strategies highlighted are nurse leadership, protocol updates, shift-adapted training, clinical mentoring, and strengthening teamwork. **Conclusions:** Nurse coordination is a key element in consolidating a safety culture in emergency departments. Leadership in healthcare management should be geared towards ensuring clinical safety, team cohesion, and organizational sustainability in high-pressure healthcare environments.

Keywords: Healthcare management; Patient safety; Hospital emergency departments; Nursing coordination; Organizational culture.

La seguridad del paciente se ha consolidado como un componente esencial en la calidad de los cuidados en el ámbito hospitalario [1,2]. Dentro de este marco, los servicios de urgencias constituyen escenarios especialmente vulnerables por la elevada demanda asistencial, la rotación de profesionales y la complejidad de los procesos clínicos [3].

La gestión sanitaria, entendida como la organización eficiente de recursos humanos y materiales, resulta determinante para minimizar riesgos y consolidar una cultura de seguridad. En este contexto, la coordinación enfermera adquiere un papel central como garante del buen funcionamiento del servicio, al tiempo que lidera estrategias que repercuten directamente en la calidad y seguridad de la atención [4,5].

El presente artículo reflexiona sobre el papel de la coordinación enfermera en la consolidación de la cultura de seguridad en urgencias hospitalarias, identificando retos y proponiendo estrategias de mejora aplicables a hospitales de nivel terciario.

Qué se conoce	Qué aporta
<ul style="list-style-type: none"> • La cultura de seguridad es un eje central en la calidad asistencial [1,2]. • Los servicios de urgencias presentan alta presión y riesgos asociados [3]. 	<ul style="list-style-type: none"> • Visibiliza el rol estratégico de la coordinación enfermera. • Propone estrategias innovadoras en gestión sanitaria para urgencias • Refuerza la relación entre gestión y seguridad del paciente.

Métodos

Se elaboró un artículo especial de reflexión sobre gestión sanitaria y seguridad del paciente en los servicios de urgencias hospitalarias. El trabajo se sustentó en dos fuentes complementarias. En primer lugar, se realizó

una revisión narrativa de la literatura científica y técnica relacionada con la cultura de seguridad, el liderazgo enfermero, la gestión de equipos y los factores organizativos que condicionan la calidad asistencial en urgencias. La revisión tuvo como finalidad identificar los principales retos descritos en este ámbito y las estrategias de mejora con mayor aplicabilidad en contextos asistenciales de alta complejidad.

En segundo lugar, el análisis se enriqueció con la experiencia práctica de coordinación enfermera en un servicio de urgencias hospitalarias de nivel terciario. A partir de esta experiencia profesional se seleccionaron los problemas organizativos observados con mayor frecuencia en la práctica diaria, entre ellos la sobrecarga asistencial, la rotación del personal, las dificultades formativas asociadas al trabajo por turnos y la necesidad de una comunicación multidisciplinar eficaz. Posteriormente, estos elementos se contrastaron con la literatura revisada para estructurar una reflexión crítica sobre el papel de la coordinación enfermera en la promoción de una cultura de seguridad.

La información se organizó en tres ejes de análisis: retos de gestión en urgencias hospitalarias, estrategias de coordinación enfermera orientadas a la seguridad e impacto de dichas estrategias en la cultura organizacional. Al tratarse de un artículo de reflexión, no se realizó intervención sobre pacientes ni recogida de datos clínicos, por lo que no fue necesaria la aprobación por un comité de ética ni la obtención de consentimiento informado.

Resultados

La revisión de la literatura y el análisis de la experiencia práctica permitieron identificar cuatro áreas especialmente relevantes en la gestión de los servicios de urgencias hospitalarias. En primer lugar, la sobrecarga asistencial se configuró como uno de los principales retos organizativos, debido a la elevada afluencia de pacientes y a la consiguiente saturación de los recursos humanos y materiales disponibles. En segundo lugar, la rotación del personal, derivada de la incorporación frecuente de profesionales en formación y de sustituciones, generó la necesidad de reforzar los procesos de acogida, supervisión y homogeneización de las prácticas asistenciales. Asimismo, los turnos nocturnos y de fin de semana dificultaron el acceso equitativo a la formación continua y limitaron las oportunidades de supervisión directa. Por último, se observó que la comunicación multidisciplinar constituye un elemento crítico para la seguridad, al requerir una coordinación ágil y efectiva entre médicos, enfermeras, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería y auxiliares sanitarios.

Frente a estos retos, se identificaron diversas estrategias de coordinación enfermera orientadas a reforzar la seguridad del paciente. Entre ellas destacaron la actualización periódica de protocolos y guías clínicas para estandarizar los procedimientos críticos, la implantación de programas de formación continua adaptados a la organización por turnos propia de urgencias y el desarrollo de sistemas de mentoring y tutoría clínica dirigidos a facilitar la integración del personal de nueva incorporación y garantizar la adquisición de competencias. También se consideró relevante la promoción del trabajo en equipo mediante breves espacios de coordinación, revisión de incidencias y retroalimentación entre profesionales, así como una adecuada gestión de los recursos materiales, orientada a asegurar su disponibilidad y a reducir los riesgos derivados de fallos o carencias de equipamiento.

El análisis mostró, además, que la coordinación enfermera puede ejercer un efecto directo sobre la cultura de seguridad del servicio. Su posición de proximidad con los equipos asistenciales facilita la detección precoz de incidentes, la identificación de áreas de mejora y la difusión del aprendizaje derivado de los errores. Del mismo modo, contribuye a garantizar la trazabilidad de los procesos y a consolidar dinámicas de trabajo orientadas a la prevención. Estas actuaciones favorecen una cultura de seguridad más proactiva, basada no solo en la respuesta ante los eventos adversos, sino también en la anticipación y reducción sistemática de los riesgos asistenciales [6,7].

Discusión

Los hallazgos de la literatura destacan que una gestión enfermera eficiente se asocia a menor incidencia de eventos adversos y a una mayor satisfacción del equipo asistencial [8,9]. La coordinación, al ser un rol de proximidad con el equipo, facilita la detección precoz de riesgos y la implementación de soluciones inmediatas.

Sin embargo, persisten desafíos: la falta de tiempo para formación, la sobrecarga asistencial y la necesidad de consolidar indicadores de seguridad adaptados a urgencias. Avanzar hacia modelos de liderazgo transformacional y de coaching puede fortalecer la implicación del personal y consolidar la cultura de seguridad [10,11].

Conclusiones

La coordinación enfermera en urgencias hospitalarias constituye un pilar estratégico en la gestión sanitaria y la cultura de seguridad. Su liderazgo contribuye a la organización eficiente de recursos, la formación continua, la cohesión de equipos y la prevención de riesgos clínicos.

Consolidar una cultura de seguridad en urgencias requiere apostar por un liderazgo enfermero fuerte, formación permanente, protocolos claros y espacios de comunicación efectiva. Este enfoque no solo impacta en la seguridad del paciente, sino también en la sostenibilidad organizativa y en el bienestar del equipo asistencial.

Financiación

Las autoras no han recibido financiación o ayuda económica para la realización del estudio.

Conflictos de intereses

No existen conflictos de intereses.

Referencias

1. World Health Organization. **WHO patient safety curriculum guide: multi-professional edition**. Geneva: World Health Organization; 2011. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241501958>
2. Institute of Medicine (US) Committee on Quality of Health Care in America. **To err is human: building a safer health system**. Kohn LT, Corrigan JM, Donaldson MS, editors. Washington (DC): National Academies Press; 2000.
3. Hughes RG, editor. **Patient safety and quality: an evidence-based handbook for nurses**. Rockville (MD): Agency for Healthcare Research and Quality; 2008.
4. Lee SE, Hyunje L, Sang S. Nurse Managers' Leadership, Patient Safety, and Quality of Care: A Systematic Review. *West J Nurs Res*. 2023 Feb;45(2):176-185. doi: 10.1177/01939459221114079. Epub 2022 Jul 23. PMID: 35876005.
5. Wong CA, Cummings GG, Ducharme L. The relationship between nursing leadership and patient outcomes: a systematic review update. *J Nurs Manag*. 2013 Jul;21(5):709-24. doi: 10.1111/jonm.12116. PMID: 23865924.
6. Sammer CE, Lykens K, Singh KP, Mains DA, Lackan NA. What is patient safety culture? A review of the literature. *J Nurs Scholarsh*. 2010 Jun;42(2):156-65. doi: 10.1111/j.1547-5069.2009.01330.x. PMID: 20618600.
7. Weaver SJ, Lubomksi LH, Wilson RF, Pfoh ER, Martinez KA, Dy SM. Promoting a culture of safety as a patient safety strategy: a systematic review. *Ann Intern Med*. 2013 Mar 5;158(5 Pt 2):369-74. doi: 10.7326/0003-4819-158-5-201303051-00002. PMID: 23460092; PMCID: PMC4710092.
8. Aiken LH, Clarke SP, Sloane DM, Sochalski J, Silber JH. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*. 2002 Oct 23-30;288(16):1987-93. doi: 10.1001/jama.288.16.1987. PMID: 12387650.
9. Stalpers D, de Brouwer BJ, Kaljouw MJ, Schuurmans MJ. Associations between characteristics of the nurse work environment and five nurse-sensitive patient outcomes in hospitals: a systematic review of literature. *Int J Nurs Stud*. 2015 Apr;52(4):817-35. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.01.005. Epub 2015 Jan 15. PMID: 25655351.
10. Cummings GG, Tate K, Lee S, Wong CA, Paananen T, Micaroni SPM, et al. Leadership styles and outcome patterns for the nursing workforce and work environment: A systematic review. *Int J Nurs Stud*. 2018 Sep;85:19-60. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2018.04.016. Epub 2018 May 3. PMID: 29807190.
11. Wong CA, Spence Laschinger HK, Cummings GG. Authentic leadership and nurses' voice behaviour and perceptions of care quality. *J Nurs Manag*. 2010 Nov;18(8):889-900. doi: 10.1111/j.1365-2834.2010.01113.x. PMID: 21073563.

© Sociedad Científica Sanitaria Europea para la Investigación, Divulgación, Solidaridad y Formación, 2026

SOCISAEU-IDSF

© 2026, 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: 2026.

e-ISSN: 3045-9176

DOI: 10.56533/HFGZ2280

Tendencias de Enfermería, Volumen 2, Número 5 Enero-Febrero 2026

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.