



CONOCIMIENTO enfermero

Investigación en Cuidados

ENERO 2026

Vol. IX • Núm. 31



CODEM
Colegio Oficial de
Enfermería de Madrid

En este número

3 EDITORIAL

Valoración enfermera estandarizada. Una necesidad en los cuidados profesionales

Antonio Arribas Cachá

7 ESTUDIOS ORIGINALES

Escuchar para sanar: el valor de los grupos de apoyo guiados por enfermería en la recuperación post-UCI

Fernanda Gil Almagro, Fátima Trinidad Sepúlveda, Cecilia Peñacoba Puente

23 ESTUDIOS ORIGINALES

Estrategias de afrontamiento en adolescentes con enfermedad celíaca

Lucía López Blázquez

45 ESTUDIOS DE REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Competencias y efectividad de la Enfermería del Trabajo en salud laboral: revisión narrativa

Alejandro Mayoral Buendía

52 ESTUDIOS ORIGINALES

Satisfacción con la asignación de cama en un hospital de alta complejidad

Carmen Guerra Pérez, Raquel Moral Martínez, Beatriz Nieves Plaza, Eva Vargas Rodríguez, Luz María Grados Prado, Cristina Saco Boceta



Vol. IX · Nº 31 Enero 2026 ISSN: 2605-3152

EDITA

Colegio Oficial de Enfermería de Madrid (CODEM)

FINANCIA

Colegio Oficial de Enfermería de Madrid (CODEM) y Consejo General de Enfermería

DIRECTOR

D. Antonio A. Arribas Cachá

DIRECTORA EJECUTIVA

Dª. Teresa Blasco Hernández

COORDINADORA

Dª. Miriam Hernández Mellado

EDITORES DE SECCIÓN

Dª. Miriam Hernández Mellado

Dª. Teresa Blasco Hernández

Dª. Jenifer Araque García

Dª. Elena Núñez Acosta

Dª. Anaís Núñez Mata

Dª. Ana Robles Álvarez

DOCUMENTALISTA

César Manso Perea

REVISORES/ASESORES CIENTÍFICOS

Dª. Sara Sánchez Castro

Dª. Ana Belén Salamanca Castro

Dª. Verónica Martín Guerrero

Dª. Leyre Rodríguez Leal

Dª. Romy Kaori Dávalos Alvarado

Dª. Ruth Palacios Peñacoba

Dª. Irene Anula Morales

Dª. Natalia Cuadrado Obregón

Dª. Yohana Salgado Balbás

Dª. Laura Palomar Catena

Dª. Lydia Mower Hanlon

Dª. Silvia Evora Lebrero

Dª. Nuria Alcolea Ruiz

Dª. Pilar Lozano González

D. Javier Olmedilla Torrijos

EDITORIAL

Valoración enfermera estandarizada. Una necesidad en los cuidados profesionales

DOI: <https://doi.org/10.60108/ce.387>

EXISTEN DOS CONDICIONANTES básicos y esenciales en cualquier disciplina científica que permiten garantizar la existencia de un desarrollo adecuado y eficaz de sus fundamentos en su aplicación en la práctica profesional.

Estos condicionantes están definidos por la existencia de una metodología o sistemática de trabajo de calidad y la utilización de conocimientos contrastados y actualizados.

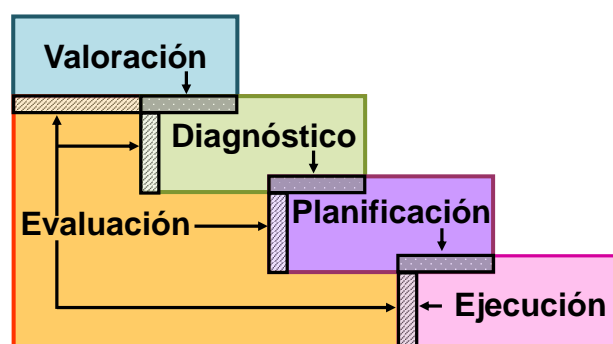
La metodología o sistemática de trabajo de calidad está delimitada a través de la existencia de un trayecto lógico, ordenado y estructurado que sirve de guía en la realización de las actuaciones que son necesarias implementar durante todo el proceso, desde su inicio y hasta su finalización. Por tanto, debe establecer un **ciclo completo de calidad del proceso**, que pretende evitar la omisión en la realización de actuaciones necesarias durante el proceso o su realización de manera descoordinada con el resto de las actuaciones. Cualquiera de estas dos situaciones podría llevar a la obtención de apreciaciones prematuras o falsas durante el proceso y, por tanto, la consecución final de resultados erróneos o no deseados.

Por su parte, la utilización de conocimientos contrastados y actualizados es un condicionante imprescindible, que en una disciplina científica se traduce en la utilización de **conocimientos dotados de evidencia** en todas las fases del proceso. Este condicionante permite aportar la mayor seguridad y eficacia posible en las actuaciones ejecutadas, y por tanto conseguir los mejores resultados posibles en cada situación.

Estos condicionantes están presentes en Enfermería, como disciplina científica, en el desarrollo de su labor profesional de atención a las necesidades de cuidados de la población.

Por este motivo, Enfermería ha desarrollado su propia metodología de trabajo, la **metodología enfermera**. La metodología enfermera está formada por distintas fases (valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación), que definen un ciclo completo de calidad en la aplicación de cuidados profesionales.

FIGURA 1. Fases de la metodología enfermera.



Esta metodología está basada en los principios y estructura del método científico, adaptado características propias de la disciplina enfermera, estando reconocida internacionalmente como la sistemática de trabajo de calidad de las enfermeras.

FIGURA 2. Metodología enfermera – método científico.

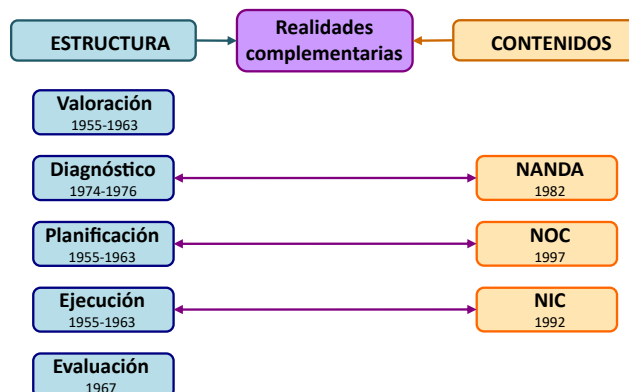


Por otra parte, Enfermería también utiliza conocimientos contrastados, dotados de evidencia, en el desarrollo de sus actuaciones a través de los contenidos de las **taxonomías de cuidados** existentes.

Las taxonomías de cuidados recopilan, ordenan, estructuran y estandarizan conocimientos contrastados, dotados de evidencia, de cada una de las fases del proceso de atención a los cuidados.

En la actualidad se dispone de taxonomías diagnósticas, que aportan conocimientos dotados de evidencia para la fase diagnóstica del proceso de cuidados, entre las que destaca la taxonomía NANDA-I. También existen taxonomías que aportan conocimientos dotados de evidencia para la fase de planificación, entre las que destaca la taxonomía NOC; y taxonomías que aportan conocimientos dotados de evidencia para la fase de implementación, entre las que destaca la taxonomía NIC.

FIGURA 3. Taxonomías de cuidados en la actualidad.



Los contenidos de estas taxonomías forman parte del cuerpo propio de conocimientos de la Enfermería.

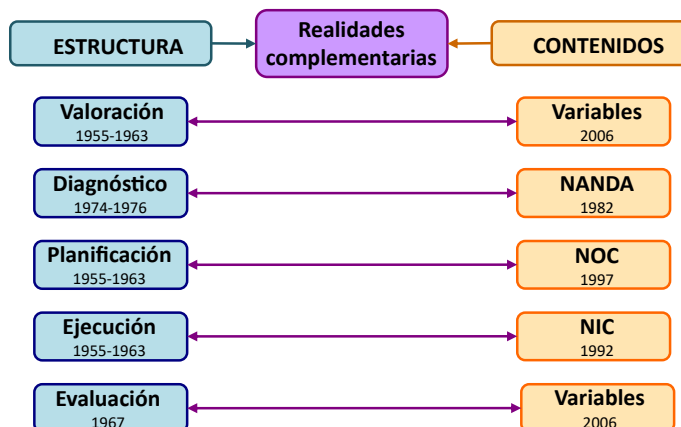
Sin embargo, en la actualidad no existe una taxonomía dedicada a recopilar, estructurar y estandarizar los conocimientos de la fase de valoración.

Existen sistemas y modelos de organización de la información, como los patrones funcionales de Marjory Gordon o las necesidades básicas humanas de Virginia Henderson, pero que no estandarizan.

zan conocimientos contrastados de la fase de valoración ya que no constituyen taxonomías de cuidados. Esto supone un claro déficit en el desarrollo profesional de la Enfermería.

La existencia de una taxonomía de la fase de valoración permite completar la utilización de conocimientos dotados de evidencia en todas las fases del ciclo de calidad establecido por la metodología enfermera:

FIGURA 4. Utilización integral de conocimientos contrastados.



Permite elaborar protocolos eficientes y unificados de valoración de cuidados con todas las ventajas que esto aporta:

- A nivel profesional permite unificar y simplificar la práctica asistencial de la enfermera en su práctica diaria.
- A nivel de investigación enfermera permite la comparación de datos para disponer de información válida para la realización de estudios.
- A nivel disciplinar permite incrementar el cuerpo propio de conocimientos enfermeros.

FIGURA 5. Protocolo de valoración del diagnóstico "Limpieza ineficaz de las vías aéreas".

LIMPIEZA INEFICAZ DE LAS VÍAS AÉREAS			
NIVEL 1	MANIFESTACIONES CLÍNICAS Variables determinantes		
	Llave general + Secreciones bronquiales <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		Llave específica + Tos efectiva <input type="text" value="Nada"/>
NIVEL 2	RESULTADO Diag. sugerido		
	+ Ruidos respiratorios <input type="text" value="Anormal"/>	+ Ortopnea <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
	+ Disnea <input type="text" value="Sustancial"/>	+ Problemas con el habla <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
	+ Agitación/intranquilidad <input type="text" value="Moderada"/>	+ Frecuencia respiratoria (FR) <input type="text" value="Normal"/>	
	+ Aleteo nasal <input type="text" value="Sustancial"/>	+ Ritmo respiratorio <input type="text" value="Normal"/>	
NIVEL 3	+ Cianosis <input type="text" value="Leve"/>	FIABILIDAD DIAGNÓSTICA 83 % <input type="text" value="Diag. seguro"/>	
	SUGERENCIA TERAPÉUTICA GENÉRICA ▶		
	AGENTES CAUSALES Variables etiológicas		
	+ Tubo endotraqueal <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	+ Secreciones bronquiales <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	
	+ Traqueostomía <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	+ Estado músculo-esquelético <input type="text" value="Normal"/>	
+ Espasmo de vías aéreas <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	+ Tabaco. Fuma <input type="text" value="Diariamente"/>		
+ Deterioro neuomuscular <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	+ Fumador pasivo <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No		
+ Infección/inflamación respiratoria <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No	SUGERENCIA TERAPÉUTICA ESPECÍFICA ▶		

La única experiencia existente en este sentido fue la publicación en 2006 de: "VALORACIÓN ENFERMERA ESTANDARIZADA. Clasificación de los criterios de valoración enfermera", que tuvo su conti-

nidad en 2011 con la publicación de “VALORACIÓN ENFERMERA ESTANDARIZADA. Clasificación de las variables del cuidado”

En la actualidad este proyecto en fase de análisis de su viabilidad para darle continuidad y expandir sus contenidos, cuestión que sería fundamental.

Antonio Arribas

ESTUDIOS ORIGINALES

Escuchar para sanar: el valor de los grupos de apoyo guiados por enfermería en la recuperación post-UCI

Listen to heal: the value of nursing-led support groups in post-UCI recovery

Fernanda Gil Almagro¹, Fátima Trinidad Sepúlveda², Cecilia Peñacoba Puente³

¹ Enfermera UCI. Doctoranda en CC. de la Salud de cuarto año en la URJC rama Psicología. Máster en Urgencias, Emergencias y Críticos. Máster en Educación Secundaria. Experto en Urgencias Extrahospitalarias. Instructora SVB y SVA. Hospital Universitario Fundación Alcorcón. Universidad Francisco de Vitoria.

² Enfermera UCI. Enfermera a domicilio y residencia de mayores. Experto universitario en prescripción enfermera. Cuidados de práctica avanzada en el control del dolor. Hospital Universitario Fundación Alcorcón.

³ Catedrática en la Facultad de Ciencias de la Salud de la URJC. Doctora en Psicología por la UAM. Investigadora principal del Grupo investigador PERSANA. Universidad Rey Juan Carlos.

IX Premios de Investigación CODEM 2025. Segundo premio.

DOI: <https://doi.org/10.60108/ce.384>

Cómo citar este artículo: Gil Almagro, F. y otras, Escuchar para sanar: el valor de los grupos de apoyo guiados por enfermería en la recuperación post-UCI. Conocimiento Enfermero 31 (2026): 07-22.

Disponible en: <http://www.conocimientoenfermero.es>

RESUMEN

Introducción. El Síndrome Post-UCI (PICS) afecta a pacientes tras su alta de la Unidad de Cuidados Intensivos, generando secuelas físicas, cognitivas y emocionales. La falta de apoyo emocional y la dificultad en la reintegración social han impulsado la exploración de estrategias como los grupos de apoyo.

Objetivo. Este estudio busca comprender las experiencias de los pacientes post-UCI y evaluar la utilidad de los grupos de apoyo guiados por enfermería en su recuperación emocional y social.

Metodología. Se utilizó un enfoque cualitativo fenomenológico basado en grupos focales. Se llevaron a cabo sesiones con pacientes post-críticos, enfermeros, médicos y psicólogos, donde se analizaron experiencias, sentimientos y percepciones sobre el proceso de recuperación y el impacto de los grupos de apoyo.

Resultados. Los pacientes manifestaron ansiedad, depresión, culpa, frustración y pérdida de identidad tras su estancia en la UCI. La inmovilización, la desorientación y la falta de comunicación con familiares fueron factores de malestar. Los grupos de apoyo facilitaron la validación emocional, la reducción del aislamiento y la reconstrucción de la identidad, promoviendo la resiliencia y el afrontamiento positivo.

Conclusión. Los grupos de apoyo post-UCI constituyen una herramienta terapéutica clave en la recuperación psicoemocional de los pacientes. Se recomienda su integración en el seguimiento post-crítico para mejorar la calidad de vida y facilitar la reinserción social. Es necesario continuar investigando estrategias que complementen la recuperación integral de estos pacientes.

Palabras clave: Síndrome post-UCI; resiliencia; grupos de apoyo; recuperación emocional; atención psicológica.

ABSTRACT

Introduction. Post-ICU Syndrome (PICS) affects patients after they are discharged from the Intensive Care Unit, causing physical, cognitive and emotional sequelae. The lack of emotional support and the difficulty in social reintegration have prompted the exploration of strategies such as support groups.

Objective. This study seeks to understand the experiences of post-ICU patients and evaluate the usefulness of nursing-led support groups in their emotional and social recovery.

Methodology. A qualitative phenomenological approach based on focus groups was used. Sessions were held with post-critical patients, nurses, doctors and psychologists, where experiences, feelings and perceptions about the recovery process and the impact of the support groups were analysed.

Results. Patients reported anxiety, depression, guilt, frustration and loss of identity after their stay in the ICU. Immobilisation, disorientation and lack of communication with family members were factors of discomfort. Support groups facilitated emotional validation, reduced isolation and identity reconstruction, promoting resilience and positive coping.

Conclusion. Post-ICU support groups are a key therapeutic tool in the psycho-emotional recovery of patients. Their integration into post-critical follow-up is recommended to improve quality of life and facilitate social reintegration. Further research into strategies that complement the comprehensive recovery of these patients is needed.

Keywords: Post-UCI syndrome; resilience; support groups; emotional recovery; psychological care.

1. Introducción

La Unidad de Cuidados Intensivos (UCI) es un entorno diseñado para proporcionar atención médica avanzada a pacientes en estado crítico. Si bien los avances en la medicina intensiva han incrementado las tasas de supervivencia, un número significativo de pacientes experimenta secuelas físicas, cognitivas y emocionales tras el alta, fenómeno conocido como Síndrome Post-UCI (PICS, por sus siglas en inglés) [1]. Estas secuelas pueden incluir debilidad muscular, deterioro cognitivo, ansiedad, depresión y trastorno de estrés postraumático, afectando negativamente la calidad de vida y dificultando la reintegración a las actividades cotidianas [2].

La transición del entorno altamente controlado de la UCI al hogar puede ser abrumadora para los pacientes, quienes a menudo se sienten desorientados y vulnerables [3,4]. En este contexto, los grupos de apoyo entre pares han emergido como una estrategia efectiva para abordar las necesidades emocionales y psicológicas de los pacientes post-UCI [5]. Estos grupos ofrecen un espacio seguro donde los individuos pueden expresar sus necesidades, lo que resulta imprescindible para la práctica y mejora sanitaria. Al mismo tiempo, como herramienta terapéutica, los grupos de apoyo constituyen un contexto donde compartir experiencias, expresar emociones y recibir apoyo de otros que han atravesado situaciones similares, lo que facilita la adaptación y recuperación del paciente [6].

Concretamente, la participación en grupos de apoyo permite a los pacientes compartir sus experiencias y escuchar las de otros, lo que pue-

de reducir sentimientos de aislamiento y promover una sensación de pertenencia [7]. Este intercambio de vivencias facilita la normalización de las emociones y experiencias, disminuyendo la ansiedad y el estrés asociados al proceso de recuperación [8].

Además, los grupos de apoyo proporcionan información valiosa sobre estrategias de afrontamiento y recursos disponibles, empoderando a los pacientes para tomar un rol activo en su recuperación. La interacción con pares que han superado desafíos similares puede servir como fuente de inspiración y motivación, fomentando una actitud positiva hacia el proceso de rehabilitación [9].

La eficacia de los grupos de apoyo ha sido ampliamente documentada en diversos contextos clínicos [10-12]. Por ejemplo, en pacientes con trastornos de ansiedad, la intervención grupal ha demostrado ser efectiva en la reducción de síntomas ansiosos y depresivos [13,14]. En el ámbito del paciente crónico, una reciente revisión de revisiones señala que los grupos de apoyo constituyen intervenciones sociales relevantes que contribuyen a ofrecer una sensación de conexión y propósito, así como conocimientos experienciales para gestionar la enfermedad [15].

Asimismo, en pacientes con enfermedades crónicas, la participación en grupos de apoyo ha contribuido a mejorar la adherencia al tratamiento y la calidad de vida [16]. Diversos estudios destacan que estos grupos proporcionan un entorno donde los pacientes pueden compartir experiencias, obtener apoyo emocional y aprender estrategias efectivas para enfrentar

los desafíos de su enfermedad, lo que reduce el estrés y la ansiedad asociados [17,18].

A pesar de la evidencia que respalda los beneficios de los grupos de apoyo en diversos contextos clínicos, hay una notable escasez de estudios centrados en pacientes críticos tras el alta de la UCI. Esta población enfrenta desafíos únicos debido a la naturaleza intensa de su enfermedad y al impacto del PICS, lo que subraya la necesidad de enfoques de apoyo específicos que aborden sus necesidades físicas y emocionales [19].

La falta de investigaciones en este ámbito limita la comprensión de las intervenciones más efectivas para facilitar la recuperación y mejorar la calidad de vida de estos pacientes. Es imperativo desarrollar y evaluar programas de apoyo que no solo se enfoquen en la atención durante la estancia en la UCI, sino que también proporcionen continuidad en el cuidado tras el alta hospitalaria.

En este contexto de humanización de los cuidados intensivos, parece de **especial relevancia**, la necesidad de realizar un abordaje completo biopsicosocial del paciente cuando abandona el hospital después de su experiencia en la UCI. Pero para ello, para “dar voz a nuestros pacientes”, es necesario escucharlos, conocer sus necesidades de primera mano. Con un título que no deja indiferente a nadie “Addressing the Consequences of Our Success”, Harvey y Davidson (2019) [20], nos hacen reflexionar sobre la necesidad de “complementar” los éxitos clínicos de las UCIs atendiendo igualmente a las consecuencias de limitación funcional, psicoemocionales, de calidad de vida y de sentido existencial que tiene el paso del paciente por una unidad excesivamente medicalizada e instrumentada y tras la vivencia de un suceso vital claramente traumático. Los grupos de apoyo constituyen una metodología apropiada para acercarnos a esta realidad, con una doble función: 1) dar voz a los pacientes y permitir un espacio para que puedan expresar de forma segura sus vivencias, sus miedos y preocupaciones, pasadas (en su ingreso y estancia en UCI) y futuras (después de dejar el hospital, en el retorno al hogar), 2) explorar, de manera inicial, el impacto de los grupos de apoyo como medida terapéutica. En relación a este

último aspecto, McPeake et al. (2019) llevaron a cabo una interesante revisión sobre los diferentes modelos de Grupos de Soporte o Apoyo que se están realizando en EEUU, Reino Unido y Australia con esa finalidad [8]. La presente investigación pretende arrojar algo de luz a las anteriores cuestiones. Así pues, a la hora de realizar la siguiente investigación nos planteamos las siguientes **preguntas de investigación**:

- 1) ¿Cómo vivieron los pacientes su ingreso y su estancia en UCI? ¿Cuáles fueron sus pensamientos, sentimientos? ¿Cuáles fueron sus principales estresores? ¿Qué nos hubieran dicho durante su estancia “si hubieran tenido voz”? ¿Qué necesidades no fueron cubiertas?
- 2) ¿Qué percepción tienen de la experiencia de los grupos de apoyo? ¿Cómo valoran esta experiencia? ¿Qué aspectos les ayudarían? ¿Propondrían igualmente estos grupos para sus familiares?

La presente investigación plantea dos **objetivos** principales a través de la implementación de grupos de apoyo para pacientes que han sido dados de alta de la UCI. En primer lugar, conocer las necesidades y experiencias de los pacientes durante su estancia en la UCI y al alta del hospital; y como segundo objetivo valorar en qué medida los pacientes valorarían de forma positiva la experiencia de grupos de apoyo.

Al dar voz a los pacientes críticos tras el alta hospitalaria, este estudio busca contribuir al desarrollo de intervenciones que aborden integralmente las necesidades físicas y emocionales de esta población, mejorando su calidad de vida y facilitando su reintegración a la sociedad.

2. Metodología

2.1. Tipo de estudio, diseño y ámbito

Este estudio se enmarca dentro de una metodología cualitativa con un diseño fenomenológico, orientado a la exploración profunda de la experiencia vivida por pacientes que han sido dados de alta de la UCI. Se llevó a cabo en el hospital de referencia del equipo investigador, donde un

grupo de pacientes post-críticos, junto con profesionales de la salud, compartieron sus vivencias en un espacio de reflexión grupal.

El diseño de la investigación se basa en la denominada metodología de grupos focales, una técnica que permite la interacción entre participantes para profundizar en las emociones, pensamientos y barreras a las que se han enfrentado tras su paso por la UCI. Se busca comprender no solo las secuelas físicas, sino también los impactos psicológicos y emocionales de la enfermedad crítica y el síndrome post-UCI.

Se realizaron dos grupos focales separados en espacio y tiempo. La primera reunión tuvo lugar en abril de 2024 y la segunda en febrero de 2025, manteniendo el mismo equipo médico interdisciplinar en ambas sesiones.

2.2. Sujetos de estudio

Para la selección de los pacientes que conformaron el grupo focal, se establecieron los siguientes criterios de inclusión:

- Pacientes que tras asistir a consulta post-UCI hayan sido valorados por la enfermera y el médico obteniendo puntuaciones elevadas para alteración psicoemocional (definida como ansiedad, depresión o estrés postraumático, todos ellos valorados a través de los instrumentos HADS y TEPs).

Con el objetivo de que esta metodología de grupo focal, sirviera al mismo tiempo, en el contexto que nos ocupa, de grupo de apoyo, y siguiendo el trabajo de revisión de McPeake et al. (2019) [8] anteriormente mencionado, la configuración del citado grupo se corresponde con la modalidad “Models based within ICU follow-up clinics” (Modelos basados en clínica de seguimiento de la UCI).

En concreto, cada grupo focal estuvo compuesto por:

- Cuatro pacientes post-críticos, que, cumpliendo los criterios de inclusión, expresaron su voluntad de participar en la sesión y formar parte del estudio.

- Un paciente considerado como experto definido como “aquel paciente capaz de entender su enfermedad, de responsabilizarse de su salud y que maneja correctamente las opciones terapéuticas marcadas por su sanitario; además de tener dotes comunicativas y empatía para una vez formados y asesorados en la consulta post-UCI, ser capaces de acompañar los grupos de pacientes de forma eficaz, ya que transmiten la información con el mismo lenguaje que los otros pacientes, desde la misma experiencia de enfermedad y con dificultades parecidas para realización correcta del tratamiento y para asumir el impacto físico, emocional y social derivado del ingreso en UCI” [21].
- Una psicóloga, encargada de aportar una visión psicosocial y facilitar la reflexión emocional de los participantes.
- Un médico intensivista, con el objetivo de comprender mejor el impacto del proceso crítico desde el punto de vista médico.
- Dos enfermeras, quienes moderaron la reunión y recopilaron información sobre el proceso de recuperación y el papel del personal de enfermería en la misma.

2.3. Recogida de datos

Los datos fueron recopilados a través de la grabación de las sesiones grupales, lo que permitió la posterior transcripción y análisis detallado de las experiencias compartidas. Se estableció un ambiente seguro y de confianza donde los participantes pudieron expresar libremente sus emociones y reflexiones.

2.4. Análisis de datos

Para el análisis de los datos en la presente investigación, se empleó la propuesta de Giorgi [22], la cual permite identificar unidades de significado, agruparlas en conjuntos de significado comunes y, posteriormente, desarrollar subtemas y temas. Este proceso se desarrolló en varias fases que garantizaron un abordaje sistemático y riguroso de la información obtenida.

En primer lugar, se realizó la **fase de preparación del corpus textual** [23]. Para ello, se procedió a la transcripción literal de todos los datos obtenidos, asegurando la fidelidad del material a analizar. Previamente, se solicitó el consentimiento de los participantes para la grabación de las sesiones, garantizando el respeto a los principios éticos de la investigación. Posteriormente, se aplicaron medidas para proteger la confidencialidad de la información, anonimizando los documentos. Una vez reunida toda la información, los datos fueron organizados y preparados para su lectura y posterior análisis.

A continuación, se llevó a cabo la **fase de descubrimiento o preanálisis**, en la que se realizó una lectura detenida y reiterada de los textos transcritos. Este proceso permitió desarrollar intuiciones preanalíticas, es decir, primeras aproximaciones interpretativas sobre el contenido de los datos y posibles patrones emergentes.

La siguiente etapa corresponde a la **fase de análisis**, en la que se implementó una triangulación de los datos entre el investigador principal y dos colaboradores expertos en investigación cualitativa [24]. En esta fase, se identificaron las unidades de significado presentes en los tex-

tos transcritos, las cuales fueron agrupadas en conjuntos de significados comunes, dando lugar a grupos de significado o subtemas. A partir de estos subtemas, se establecieron los temas centrales que sirvieron de base para la interpretación de los hallazgos.

Finalmente, se desarrolló la **fase de relativización, verificación y contraste de los hallazgos**, en la que se llevó a cabo la validación y refinamiento de los temas identificados, con el objetivo de construir un marco explicativo definitivo [22].

A lo largo de todo el proceso, se mantuvo un ejercicio constante de “vigilancia epistemológica”, que implicó regresar a los datos cuantas veces fuera necesario para garantizar la coherencia y validez de las interpretaciones realizadas.

3. Resultados

3.1. Características de la muestra

La tabla 1 recoge las características de los pacientes y equipo interdisciplinar que participaron en los diferentes grupos focales.

TABLA 1. Características sociodemográficas y clínicas de la muestra participante.

Grupo Focal		Edad	Género	Diagnóstico	Días de UCI	HADS (A)	HADS (D)	TEPT	Categoría
GF1	P1	62	H	PCR	116	7	8	8	
GF1	P2	28	M	Abceso	6	7	12	41	
GF1	P3	24	M	TEP	8	15	11	35	
GF1	P4	67	H	Sepsis	16	9	7	10	
GF1	PE	61	M	Covid					
GF2	P6	51	M	IR	15	12	10	15	
GF2	P7	74	M	Sepsis	4	9	8	35	
GF2	P8	51	M	IR	11	15	11	28	
GF2	P9	60	H	Pancreatitis	7	7	8	18	
GF2	PE	65	M	Covid					
GF1,2	EI1	43	M						Enfermera
GF1,2	EI2	52	M						Enfermera
GF1,2	EI3	46	M						Intensivista
GF1,2	EI4	56	M						Psicóloga

EI, equipo interdisciplinar; GF, grupo focal; H, Hombre; HADS, Escala de Ansiedad y Depresión Hospitalaria (A, ansiedad; D, Depresión); IR, Insuficiencia Respiratoria; M, Mujer; P, participante; PCR, Parada Cardiorrespiratoria; PE, paciente experto; TEP, Tromboembolismo Pulmonar; TEPT, Trastorno de estrés postraumático.

Se formulan los resultados en función de los objetivos planteados en el estudio.

3.2. Análisis de los resultados: una exploración profunda de la experiencia post-UCI

El análisis de las transcripciones de los grupos focales realizados con pacientes post-UCI y el equipo interdisciplinar ha permitido identificar diversas esferas de impacto en la experiencia de los pacientes durante su ingreso en la UCI. En la Figura 1, se representan los temas y subtemas que emergieron de las sesiones de grupo, organizados en torno al paciente durante su ingreso en la UCI; así como diferentes factores detectados que se relacionaban con las distintas esferas de impacto.

3.2.1. Sentimientos de culpa, frustración

Los pacientes expresaron sentimientos de culpa derivados de sus estilos de vida previos al ingreso, así como por la carga emocional impuesta sobre sus familias. Esta culpa se vincula tanto con conductas que perciben como causantes de su enfermedad (por ejemplo, el tabaquismo) como con la sensación de fallar a sus seres queridos.

“Cuando desperté lo que sentí fue, aparte del susto, como el regaño de todos. Sentía apoyo, pero a la vez mucho reproche, como si me dijeran ‘mira, tú te lo has buscado’”

“Yo tenía muchos planes para este año y la vida me cogió así y me hizo ‘pumba, aquí te dejó’. Ahora estoy como, bueno, pues a ver qué hago con esta segunda oportunidad”

“A veces siento que mi familia sufrió más que yo, y eso me duele. Pienso en todo lo que pasaron y me pregunto si valía la pena”

La frustración también es un sentimiento recurrente, especialmente ante la pérdida de autonomía y la dificultad para realizar actividades cotidianas.

“No puedo ni abrir un frasco, ni ahora la botella, no he podido abrirla y todo eso me pone muy nerviosa. Lo llevo muy mal porque se me está haciendo muy largo”

“Antes hacía todo por mí misma, ahora me cuesta hasta ducharme. Depender de los demás para cosas básicas es frustrante”

“Llegar a casa y darme cuenta de que no puedo hacer la vida que hacía antes... es como si todo lo que conocía hubiese desaparecido”

3.2.2. Pérdida de identidad

Para muchos, la experiencia en la UCI supuso una ruptura en su identidad previa, obligándolos a redefinirse en función de sus limitaciones y su nueva realidad.

“Yo antes era una persona independiente, resolutiva... ahora siento que no sé quién soy sin mi autonomía”

“Desde que tuve COVID salí siendo otra persona, más cerrada, más cansada. Antes me acostaba tarde, ahora a las 9:30 ya estoy en la cama porque no tengo energías”

“Mi nieta me vio cuando salí del hospital y dijo ‘esta no es mi abuela’. Eso me destrozó. Yo tampoco me reconocía”

Estos sentimientos de culpa, frustración y pérdida de identidad resaltan la complejidad del proceso de recuperación post-UCI. La sensación de perder el control sobre su vida, sumada a las dificultades físicas y emocionales, genera una profunda necesidad de apoyo psicoemocional. La reconstrucción de la identidad y la reintegración social requieren tiempo, comprensión y estrategias que ayuden a resignificar su experiencia y adaptarse a su nueva realidad.

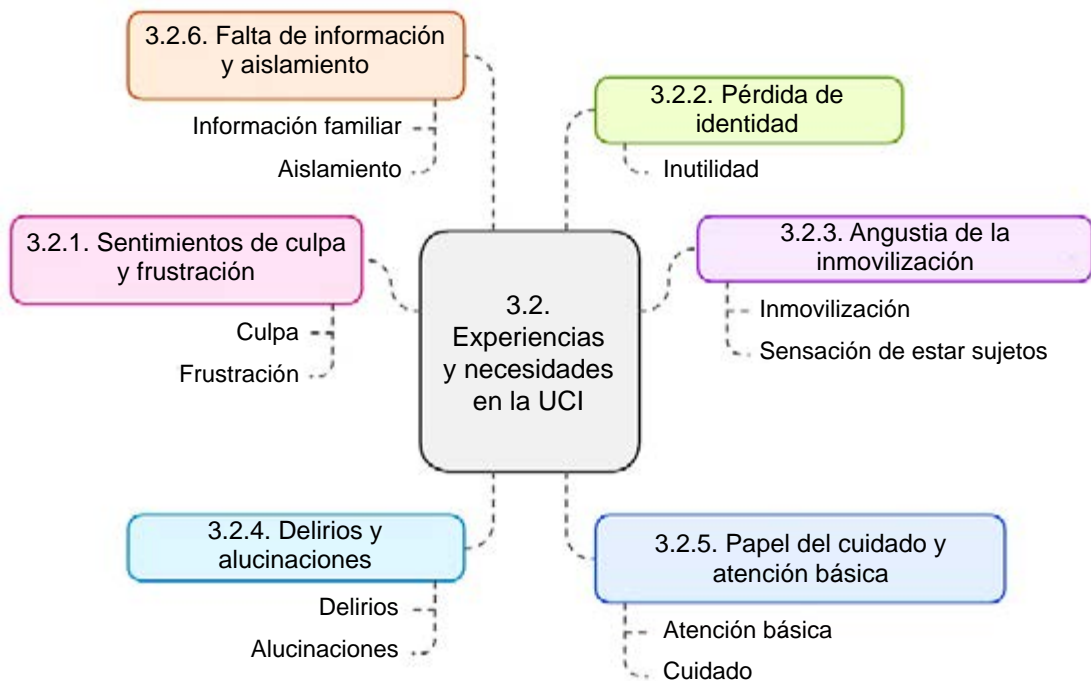
3.2.3. La angustia de la inmovilización y la sensación de estar sujetos

El haber permanecido inmóviles o con restricciones físicas durante su ingreso en la UCI generó en los pacientes una profunda angustia, que en algunos casos se tradujo en ansiedad persistente tras el alta.

“Me desperté con las manos atadas y el tubo en la boca. Sentí que me ahogaba y que no podía pedir ayuda. Era como estar atrapado en mi propio cuerpo”

“No podía moverme, ni siquiera levantar un

FIGURA 1. Esquema con los temas y subtemas relacionados con las necesidades y experiencias vividas por los pacientes durante el ingreso en la unidad y consecuencias post-UCI.



dedo. Intentaba pedir que me destaparan porque tenía calor, pero nadie me entendía. Era desesperante

Este sentimiento de vulnerabilidad ha derivado en secuelas psicológicas, como la aversión a espacios cerrados y la hipersensibilidad al contacto físico inesperado.

“Desde entonces, no soporto que me sujeten. Si alguien me agarra del brazo sin avisar, entro en pánico”

“Todavía tengo pesadillas con esa sensación de estar amarrado. Me despierto con la urgencia de moverme, de asegurarme de que sigo libre”

Además, la incapacidad para comunicarse mientras estaban inmovilizados generó un profundo sentimiento de impotencia.

“Quería decirles que no me iba a quitar el tubo, pero no podía hablar. Intentaba con los ojos, con las manos, con lo que fuera... pero no había manera”

“Yo quería decirle a mi hija, te quiero mucho, pero no podía, y eso me generaba ansiedad”

Estos sentimientos de angustia y desamparo subrayan el impacto psicológico que la inmovilización puede generar en los pacientes post-UCI. La sensación de no tener control sobre su

propio cuerpo, junto con la incapacidad de comunicarse eficazmente, refuerza la vulnerabilidad y el miedo experimentado. Muchas de estas emociones persisten tras el alta, manifestándose en secuelas como ansiedad, claustrofobia o hipersensibilidad al contacto físico. Implementar estrategias que faciliten la comunicación y proporcionen un acompañamiento emocional adecuado durante la hospitalización podría reducir la intensidad de estos efectos.

3.2.4. Delirios, alucinaciones y desorientación en la UCI

Uno de los aspectos más impactantes de la estancia en la UCI fueron los episodios de delirios y alucinaciones. Estos eventos fueron descritos como experiencias aterradoras que, en muchos casos, persistieron tras el alta, afectando a la salud mental de los pacientes.

“Yo veía gente en mi habitación que querían matarme. No podía distinguir si era un sueño o si era real”

“Tenía la sensación de que estaba atrapado en una película de terror. Hasta después del alta

me costó entender que todo había sido una alucinación”

Además, algunos pacientes afirmaron que, incluso después de su paso por la UCI, continuaron creyendo en la veracidad de sus delirios y alucinaciones mientras estaban en planta. Uno de los testimonios más impactantes fue el de una paciente que, tras despertar, estaba convencida de que su hermana había muerto y que le enviaba mensajes desde el más allá. A pesar de los esfuerzos del personal médico y su familia por explicarle que su hermana estaba viva, la sensación de que aquello había sido real persistió durante días.

“Yo estaba segura de que mi hermana estaba muerta. Creía que me enviaba mensajes y que intentaba comunicarse conmigo. Me decían que no, que ella estaba bien, pero yo no lo podía aceptar”

Estos hallazgos evidencian que los efectos de las alucinaciones y delirios pueden trascender la estancia en la UCI y prolongarse durante la recuperación, generando confusión, miedo y angustia en los pacientes. Es crucial contar con estrategias de apoyo psicológico para ayudar a los afectados a diferenciar la realidad de sus experiencias delirantes y facilitar su proceso de recuperación emocional.

3.2.5. El papel del cuidado y la necesidad de atención básica

El personal de enfermería jugó un rol fundamental en la experiencia de los pacientes en la UCI. Aunque la atención médica se centró en la estabilización clínica, los pacientes valoraron altamente los gestos de humanidad por parte de enfermeras y auxiliares.

“Las enfermeras no solo me salvaron la vida, sino que me hicieron sentir humano en un momento en el que me sentía como un cuerpo más en una cama”

“Cada vez que una enfermera me tomaba de la mano o me hablaba con cariño, me daba un poco de tranquilidad”

“Recuerdo que una auxiliar me ponía un poco de colonia cada mañana, ese pequeño gesto me hacía sentir un poco más como yo”

Sin embargo, también se identificaron áreas de mejora en la atención, especialmente en lo que respecta a la higiene y el confort de los pacientes durante la hospitalización.

“Me hubiese gustado poder lavarme más el pelo. Me habría hecho sentir más digna en medio de todo”

“Yo la primera vez que me duché en el hospital, bueno, que me duché, que me senté en una silla en el baño y me cayó el agua encima de la cabeza, lloraba que no os podéis imaginar”

Más allá del cuidado físico, los pacientes resaltaron la importancia del apoyo emocional proporcionado por el personal sanitario.

“No solo curaban mi cuerpo, sino que también cuidaban mi ánimo. Sentía que me hablaban como persona, no solo como paciente”

Estos testimonios subrayan la importancia del trato humanizado en la recuperación de los pacientes, mostrando que pequeños gestos de empatía pueden marcar una gran diferencia en su bienestar emocional y psicológico.

El personal de enfermería jugó un rol fundamental en la experiencia de los pacientes en la UCI. Aunque la atención médica se centró en la estabilización clínica, los pacientes valoraron altamente los gestos de humanidad por parte de enfermeros y auxiliares.

“Las enfermeras no solo me salvaron la vida, sino que me hicieron sentir humano en un momento en el que me sentía como un cuerpo más en una cama”

3.2.6. La falta de información sobre la familia y la sensación de aislamiento

La incertidumbre sobre la situación de sus seres queridos generó un alto nivel de angustia en los pacientes. La falta de comunicación con el exterior reforzó la sensación de aislamiento y desorientación.

“Necesitaba saber que mi familia estaba bien, pero nadie me lo decía. Sentía que estaba en un limbo sin noticias del mundo exterior”

“Mi hija justo empezaba la universidad y empezaba un Erasmus y se iba a Portugal. Cuando yo me desperté, no sabía si se había ido a Portugal. Y luego me sentía fatal porque no la pude

ayudar a hacer la maleta, no le he podido echar toallas. ¿Y fue despertarme y decir Dios mío, la niña se ha ido o no se ha ido?

“Me acuerdo que entró mi hija y no podía hablar porque tenía el tubo. Y yo quería decirle a mi hija que yo te quiero mucho a ti. Y no podía hacerlo, intentaba hacer un corazón con las manos y no podía mover los brazos. Era muy frustrante”.

Este hallazgo refuerza la necesidad de estrategias que faciliten la comunicación entre pacientes y familiares durante la estancia en la UCI, además de, la necesidad de conocer el estado en el que se encuentran sus familiares.

Una vez aportada la información en relación al primer objetivo, directamente relacionado con la metodología de los grupos focales, es decir, el análisis y exploración de necesidades de los pacientes post-UCI, enumeramos los principales resultados del impacto de estos grupos focales, en el contexto que nos ocupa, como grupos de apoyo y su valor terapéutico dentro de los modelos de seguimiento clínico de la UCI [8]. Exponemos, a continuación, los principales resultados encontrados en relación a este segundo objetivo.

3.3. Valorar en qué medida los pacientes apreciarían de forma positiva la experiencia de grupos de apoyo

Tras un nuevo análisis de las transcripciones de los grupos focales, con el propósito de respon-

der al segundo objetivo de esta investigación, se identificaron diversas dimensiones vinculadas a la percepción de los pacientes sobre los grupos de apoyo y su experiencia durante las sesiones. La Figura 2 ilustra los temas y subtemas emergentes en torno a este objetivo, organizados en relación con el grupo de apoyo, así como los distintos factores identificados que influyen en las diferentes áreas de impacto.

3.3.1. El impacto del grupo de apoyo: un espacio de reconstrucción emocional

El grupo de apoyo fue identificado como un pilar fundamental en la recuperación post-UCI. Los pacientes resaltaron la importancia de compartir sus experiencias con otros que habían pasado por situaciones similares, lo que les permitió sentirse comprendidos y validados.

“Este grupo me ha dado lo que ningún tratamiento médico me pudo dar: la certeza de que no estoy solo en esto”

“Entré a esta reunión sintiéndome rota y me voy con la sensación de que aún puedo reconstruirme”

“Bueno, yo me voy de aquí sabiendo que no soy la única, no estoy sola, eso es lo más importante”

“Ver que hay gente que ha pasado por lo mismo y sentir que no soy un bicho raro, que lo que viví no es solo mío, me ayuda mucho a procesarlo”

FIGURA 2. Esquema con los temas y subtemas relacionados con la valoración de los grupos de apoyo tras el alta de la UCI.



El apoyo emocional recibido en estos espacios no solo ayudó a los pacientes a procesar su experiencia, también fortaleció su resiliencia.

“Entré en este grupo llorando y me voy riéndome”

“Aquí podemos hablar de nuestras paranoias, de los delirios, de las cosas raras que pensamos en la UCI sin que nadie nos mire raro. Y eso se agradece muchísimo”

Es fundamental garantizar un ambiente seguro en los grupos de apoyo para los pacientes, donde puedan expresarse sin temor a ser juzgados. Estas frases evidencian cómo, en un espacio de confianza, es posible compartir libremente sentimientos y emociones, favoreciendo así su bienestar emocional.

3.3.2. La necesidad de rehabilitación física y emocional a largo plazo

Un aspecto clave emergente en el estudio fue la necesidad de un plan de rehabilitación integral que no solo aborde las secuelas físicas, sino también el impacto emocional de la experiencia en la UCI.

“Nos salvan la vida, pero después nos dejan sin herramientas para vivirla”

“Salir de la UCI no es el final, es el inicio de un camino que nadie nos enseña a recorrer”

La necesidad de intervenciones psico-emocionales continuas, así como de programas de rehabilitación física adaptados a cada paciente, fue un punto de consenso en las sesiones.

Es fundamental que los sistemas de salud integren un enfoque multidisciplinario para el seguimiento de estos pacientes, asegurando que la rehabilitación no solo se limite a la recuperación física, sino que también abarque el bienestar emocional y la reinserción social. Un abordaje integral puede marcar la diferencia en la calidad de vida de quienes han atravesado esta experiencia crítica.

3.3.3. Desarrollo de resiliencia

Muchos pacientes expresan la sensación de haber pasado por una transformación significati-

va, enfrentando no solo los cambios físicos sino también emocionales y psicológicos. La capacidad de adaptación y de reconstrucción de la identidad emerge como un proceso complejo, en el que el apoyo psicológico y social juega un papel fundamental. En particular, el proceso de relativizar la situación y reinterpretar la experiencia como una segunda oportunidad contribuye al afrontamiento positivo y a la reconstrucción de la autonomía.

“Yo veo cuando tienes una enfermedad grave, la vida se fragmenta, se te parte en dos y luego, cuando todo pasa, tienes que aprender a vivir con lo que te ha pasado y con la incertidumbre”

“Mis hijas me dicen: ‘Mamá, el dolor del dedo no es nada para lo que hemos pasado. Olvídate del dedo, que eso no es nada’ y me da manía que me digan eso... pero al final tienen razón”

“Yo lo que quería era vivir como vivía antes. Si estaba bien, si yo era feliz, si yo no le pedía más a la vida”

“Aprender a cuidarme... yo no me había cuidado en la vida y ahora tengo que aprender. Me doy cuenta de que a lo mejor la loca inconsciente de antes me la he dejado en el camino y ahora soy otra persona”

Sin embargo, también se identificó la necesidad de estrategias de acompañamiento psicológico a largo plazo para ayudar a los pacientes a gestionar la incertidumbre y las secuelas emocionales derivadas de su paso por la UCI.

“Después de un año de intentar luchar con todo y llevar las secuelas, me di cuenta de que necesitaba un psicólogo. Pensaba que podía con todo, pero realmente no podía”

4. Discusión

El presente estudio se ha centrado en dos objetivos fundamentales. En primer lugar, conocer las vivencias y experiencias de los pacientes durante su ingreso en la UCI y tras el alta hospitalaria, profundizando en los sentimientos y emociones que emergen en un entorno altamente tecnificado y medicalizado. En segundo lugar, se ha buscado valorar la utilidad de los grupos de apoyo post-UCI, explorando en qué medida los

pacientes perciben estos espacios como una estrategia efectiva para afrontar las secuelas físicas, emocionales y psicológicas tras su alta hospitalaria.

En relación con el primer objetivo, los resultados revelan que la estancia en la UCI supone una experiencia traumática para muchos pacientes, marcada por sentimientos de culpa, frustración e inutilidad al alta de la misma. El estado de extrema dependencia que se genera tras el ingreso en la unidad, unido a la imposibilidad de realizar actividades básicas por sí mismos, fomenta una sensación de vulnerabilidad que puede persistir a lo largo del tiempo. Estudios previos han documentado que la hospitalización en UCI altera la percepción de autonomía del paciente, afectando su autoestima y contribuyendo al desarrollo de síndrome post-UCI [25-27]. En este sentido, es crucial adoptar un enfoque holístico que contemple no solo la atención física, sino también el impacto psicológico del ingreso.

Uno de los aspectos más relevantes en las experiencias de los pacientes es la angustia que genera la inmovilización prolongada y la sensación de estar sujetos. La imposibilidad de moverse libremente, sumada a la utilización de dispositivos como respiradores o sondas, genera un profundo malestar, ansiedad e incluso sensaciones de pérdida de control. Algunos autores resaltan que la inmovilización en la UCI no solo afecta la recuperación física, sino que también puede tener consecuencias psicológicas duraderas, incrementando el riesgo de desarrollar trastorno de estrés postraumático [3,27,28]. La falta de movilidad es percibida por los pacientes como un obstáculo para su propia recuperación, aumentando la incertidumbre y la ansiedad sobre su futuro.

Nuestros hallazgos revelan que los pacientes experimentan una variedad de emociones negativas tras su estancia en la UCI, incluyendo sentimientos de culpa, frustración e inutilidad. Estas emociones pueden estar relacionadas con la percepción de dependencia y la carga que sienten al requerir asistencia continua de sus familiares. Este fenómeno ha sido documentado en estudios previos, donde los pacientes reportan una disminución en su autoestima

y sentimientos de inutilidad debido a las secuelas físicas y cognitivas posteriores a su estancia en la UCI [29].

Es fundamental resaltar el papel de la enfermera a lo largo de todo el proceso que atraviesa el paciente en la UCI. Nuestro estudio no solo evidencia la importancia de un cuidado plenamente humanizado junto a la cama del paciente, sino que también, según las declaraciones recogidas del grupo focal, se destaca el trato cercano y la calidez en la atención, elementos clave para transformar una experiencia traumática en una más llevadera. Estos hallazgos coinciden con investigaciones previas que subrayan la relevancia del rol de la enfermera en la UCI, enfatizando su capacidad para ofrecer una atención personalizada y reconocer las diferencias individuales de cada paciente [6].

Asimismo, los delirios, alucinaciones y episodios de desorientación son manifestaciones recurrentes entre los pacientes que han pasado por una estancia prolongada en la UCI. Estas experiencias pueden estar influenciadas por el uso de sedantes, la privación del sueño y el entorno altamente tecnologizado, en el que se pierde la referencia del tiempo y del espacio. La bibliografía existente destaca que estas alteraciones pueden persistir incluso después del alta, afectando la capacidad de reintegración del paciente a su vida cotidiana [30,31]. La atención psicológica temprana podría mitigar estos efectos, ofreciendo herramientas para la comprensión y el afrontamiento de las experiencias vividas en la UCI.

A través de nuestro estudio se puede señalar como elemento clave en la superación del síndrome post-UCI la resiliencia, demostrando ser un factor determinante en la reducción del estrés postraumático y la ansiedad. Diversos estudios han puesto de manifiesto como la resiliencia puede ayudar en el manejo de situaciones de elevada ansiedad pudiendo incluso desarrollar fortalezas a través de una situación traumática [32-34]. A través de los estudios se puede afirmar que la capacidad de encontrar significado en la adversidad y la flexibilidad psicológica son elementos que favorecen la adaptación y el bienestar tras el alta hospitalaria [35]. Otros estudios basados en la realización de entrevistas

tas en profundidad a pacientes tras el alta de la UCI, afirman que la clave de superar el síndrome post-UCI es encontrar el equilibrio entre la persona que eran antes de la enfermedad y la persona que son tras el alta de la UCI [6].

Nuestro enfoque ha permitido explorar las experiencias de los pacientes tras el alta de la UCI; de este modo podemos comprender mejor la esfera global del síndrome post-UCI y de aquellos factores que han precipitado su desarrollo desde el ingreso en la unidad. A través de las experiencias se puede afirmar que uno de los problemas principales a los que se enfrentan los pacientes es la pérdida de identidad. Estos hallazgos van en la línea de un estudio realizado por Vester y colaboradores, que a través de la realización de entrevistas en profundidad a los pacientes dados de alta de la UCI, pudieron afirmar que uno de los mayores problemas a los que se enfrentan los pacientes tras el alta de la UCI es el “encontrarse a uno mismo después de una enfermedad grave” poniendo su enfoque en la dificultad de la vuelta a la vida cotidiana previa al ingreso o de la reinserción familiar [5].

El **segundo objetivo** del estudio se centró en la valoración de los grupos de apoyo post-UCI, los cuales han demostrado ser un recurso fundamental en la recuperación de los pacientes. Los participantes destacaron la importancia de estos espacios como un entorno seguro donde pueden compartir experiencias sin temor a ser juzgados. La posibilidad de expresar miedos y ansiedades con otros supervivientes ha resultado ser una herramienta eficaz para disminuir la sensación de aislamiento y favorecer la reconstrucción emocional. Estos hallazgos coinciden con estudios previos que han demostrado que los grupos de apoyo facilitan la adaptación emocional y mejoran la percepción de bienestar en los pacientes post-UCI [8].

Los grupos de apoyo también han sido valorados como esenciales para el desarrollo de la resiliencia. La interacción con otras personas que han vivido experiencias similares permite normalizar los sentimientos asociados a la recuperación y proporciona estrategias para afrontar las dificultades [10-12]. El papel del paciente experto y del psicólogo en su rol de acompañamiento resulta crucial en este sentido [8].

En este sentido, nuestros grupos de apoyo se han visto enriquecidos por la participación, como integrante del equipo médico, de un psicólogo lo cual se ha valorado como muy positivo por parte de los pacientes. La atención psicológica se ha revelado como un componente fundamental en la recuperación de los pacientes post-UCI [36]. La intervención psicológica no solo contribuye a la gestión de la ansiedad y el estrés postraumático, sino que también facilita la comprensión de la experiencia vivida, reduciendo los sentimientos de aislamiento y desamparo. Estudios previos han demostrado que los pacientes que reciben apoyo psicológico presentan una menor incidencia de depresión y una mejor capacidad de afrontamiento tras el alta hospitalaria [37]. En este sentido, la incorporación de psicólogos especializados en la atención post-UCI podría ser una estrategia clave para optimizar la recuperación de los pacientes, proporcionando herramientas para el manejo del miedo, la incertidumbre y las secuelas emocionales derivadas de su hospitalización.

Es imprescindible destacar la necesidad de continuar explorando las experiencias y emociones de los pacientes tras el alta de la UCI. A pesar de los avances en la investigación sobre el síndrome post-UCI, los estudios cualitativos que profundizan en la percepción de los propios pacientes siguen siendo limitados. La comprensión de estas experiencias es fundamental para diseñar intervenciones adaptadas a las necesidades reales de los supervivientes de UCI. Del mismo modo, el impacto altamente positivo de los grupos de apoyo en la recuperación de los pacientes refuerza la necesidad de su implementación como parte del seguimiento post-UCI. La atención a estos pacientes no debe finalizar con el alta hospitalaria, sino que debe extenderse a través de estrategias que promuevan una recuperación integral, favoreciendo tanto la rehabilitación física como la reconstrucción emocional y social.

5. Limitaciones

Este estudio presenta ciertas limitaciones que deben ser consideradas al interpretar los re-

sultados. Una de las principales limitaciones es la falta de información sobre el estado psicoemocional previo de los pacientes antes de su ingreso en la UCI. No contar con una línea base previa dificulta la evaluación precisa de los cambios emocionales y psicológicos experimentados tras el alta hospitalaria. Estudios previos han indicado que los antecedentes de ansiedad, depresión o trastornos psicológicos pueden influir significativamente en la percepción y afrontamiento del síndrome post-UCI [27]. Por lo tanto, futuras investigaciones podrían beneficiarse de un seguimiento longitudinal que permita evaluar el estado emocional de los pacientes antes, durante y después de su estancia en la UCI.

Otra limitación del estudio es el tamaño de la muestra, que, aunque proporciona una visión profunda acerca de las experiencias de los pacientes, no permite generalizar completamente los hallazgos a toda la población post-UCI. Además, la participación voluntaria en los grupos de apoyo también puede haber introducido un sesgo de selección, dado que es posible que los pacientes más afectados emocionalmente hayan sido quienes decidieron participar, lo que podría haber influido en la percepción general de los grupos focales. Asimismo, el estudio se ha basado en datos cualitativos, lo que limita la posibilidad de establecer relaciones de causalidad. Futuras investigaciones podrían complementar estos hallazgos con estudios cuantitativos de naturaleza prospectiva que midan el impacto específico de los grupos de apoyo en distintos indicadores de salud mental y calidad de vida.

Finalmente, otro aspecto a considerar es la influencia del contexto hospitalario y cultural en la percepción de los pacientes. Las experiencias en la UCI pueden verse moduladas por factores organizativos, la disponibilidad de recursos, y la interacción con el personal sanitario, aspectos que pueden diferir en distintos entornos hospitalarios y países. Esto resalta la necesidad de replicar estudios similares en diferentes contextos para obtener una comprensión más amplia y representativa del fenómeno del síndrome post-UCI y la eficacia de los grupos de apoyo en su abordaje.

6. Conclusiones

El presente estudio aporta una visión profunda sobre la experiencia de los pacientes tras su estancia en la UCI, evidenciando la complejidad del síndrome post-UCI y la necesidad de un abordaje integral en la recuperación. Los hallazgos muestran que **el proceso de reinserción no se limita a la recuperación física, sino que involucra aspectos emocionales, psicológicos y sociales** que impactan significativamente la calidad de vida de los pacientes.

Uno de los aspectos más relevantes identificados es la carga emocional que experimentan los pacientes tras el alta, manifestada en sentimientos de culpa, frustración y pérdida de identidad. La inmovilización prolongada, la sensación de aislamiento y la vivencia de delirios o alucinaciones durante la estancia en la UCI generan secuelas emocionales que requieren atención especializada. La comunicación limitada con el entorno, especialmente con los familiares, también contribuye a la angustia de los pacientes, evidenciando la necesidad de mejorar los canales de información en estos contextos.

El estudio destaca el papel fundamental del personal de enfermería en la humanización del cuidado. Más allá de la asistencia clínica, **los gestos de empatía y cercanía por parte del equipo sanitario han sido percibidos como elementos clave para mitigar el impacto emocional del ingreso en UCI**. Estos hallazgos subrayan la importancia de incorporar estrategias de atención centradas en el paciente, que integren el acompañamiento emocional como parte esencial del proceso de recuperación.

Asimismo, la investigación confirma que **los grupos de apoyo post-UCI desempeñan un rol crucial en la adaptación y bienestar de los pacientes**. La posibilidad de compartir experiencias, validar emociones y recibir apoyo de pares facilita el afrontamiento de las secuelas físicas y psicológicas, promoviendo la resiliencia y el empoderamiento de los afectados.

Los hallazgos de este estudio pueden contribuir al desarrollo de estrategias de atención post-crítica más efectivas y centradas en las necesidades reales de los pacientes. A su vez, abren nuevas líneas de investigación para conti-

nuar explorando la recuperación post-UCI desde una perspectiva interdisciplinar, considerando tanto el impacto físico como el emocional y social. Por citar algún ejemplo entre estas futuras líneas de investigación, y trasladando las sugerentes reflexiones realizadas en la revisión de revisiones de Thompson et al. (2022) del papel de los grupos de apoyo en pacientes crónicos [15] al ámbito que nos ocupa, el paciente post-UCI, sería de especial interés personalizar el papel de los grupos de apoyo post-UCI, conocer qué funciona y para quién, analizar los componentes del éxito de la intervención de apoyo entre iguales, especificando los dominios de resultados relevantes para evaluar el apoyo entre iguales, sintetizando las pruebas de efectividad, e identificando los mecanismos y procesos (mediación/moderación) del efecto. Sin duda, son muchos los retos para mejorar la calidad de vida y el bienestar psicológico del paciente post-UCI.

Curar a veces, aliviar a menudo, consolar siempre
HIPÓCRATES

7. Cuestiones éticas

El presente estudio fue aprobado por el Comité de Ética e Investigación Clínica del hospital (Referencia: 24/44).

Este estudio se realizó acorde con las directrices nacionales e internacionales del código deontológico, la declaración de Helsinki, al código de buenas prácticas y la Orden SAS 3470/2009. El consentimiento informado se solicitó a los pacientes a la entrada de la sesión, además de solicitar consentimiento para realizar la grabación. Para proteger la privacidad personal, se codificó la información de identificación de cada paciente en la base de datos electrónica. El procesamiento de los datos personales de los pacientes recopilados en este estudio cumplirá con la Ley Orgánica 3/2018 del 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y con el Reglamento (UE) n° 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 de Protección de Datos (RGPD). El participante en el estudio, según lo dispuesto en la mencionada Ley Orgánica 3/2018, podrá ejercer sobre los datos recogidos sus derechos de supresión, oposición, portabilidad, limitación, accesos y rectificación (derechos S.O.P.L.A.R.), comunicándose directamente con la investigadora principal, siguiendo los canales descritos en el consentimiento informado. Toda la información recopilada, almacenada y procesada ha sido de forma anónima. El investigador principal garantiza que todos los miembros del equipo u otras personas involucradas respeten la confidencialidad de cualquier información relacionada con los pacientes del estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Needham DM, Davidson J, Cohen H, Hopkins RO, Weinert C, Wunsch H, et al. Improving long-term outcomes after discharge from intensive care unit: report from a stakeholders' conference. *Crit Care Med.* 2012;40(2):502-9.
2. Raurell-Torredà MR, Arias-Rivera SR, Martí JP, Frade-Mera MR, Zaragoza-García IR, Gallart ER, et al. Grado de implementación de las estrategias preventivas del síndrome post-UCI: estudio observacional multicéntrico en España. *Enferm Intensiva.* 2019;30(2):59-71.
3. Cagino LM, Seagly KS, McSparron JI. Survivorship After Critical Illness and Post-Intensive Care Syndrome. *Clin Chest Med.* 2022;43(3):551-61.
4. Pant U, Vyas K, Meghani S, Park T, Norris CM, Papatthanassoglou E. Screening tools for post-intensive care syndrome and post-traumatic symptoms in intensive care unit survivors: A scoping review. *Aust Crit care Off J Confed Aust Crit Care Nurses.* 2023;36(5):863-71.
5. Vester LB, Holm A, Dreyer P. Patients' and relatives' experiences of post-ICU everyday life: A qualitative study. *Nurs Crit Care.* 2022;27(3):392-400.
6. Olsen KD, Nester M, Hansen BS. Evaluating the past to improve the future - A qualitative study of ICU patients' experiences. *Intensive Crit care Nurs.* 2017;43:61-7.

7. Haines KJ, McPeake J, Hibbert E, Boehm LM, Aparanji K, Bakhru RN, et al. Enablers and Barriers to Implementing ICU Follow-Up Clinics and Peer Support Groups Following Critical Illness: The Thrive Collaboratives. *Crit Care Med*. 2019;47(9):1194-200.
8. McPeake J, Hirshberg EL, Christie LM, Drumright K, Haines K, Hough CL, et al. Models of Peer Support to Remediate Post-Intensive Care Syndrome: A Report Developed by the Society of Critical Care Medicine Thrive International Peer Support Collaborative. *Crit Care Med*. 2019;47(1):e21-7.
9. Clarke R, Chow H, Kerrison K. An Intensive Care Unit peer support group: Participants' views on format, content and the impact on recovery journeys. *J Intensive Care Soc*. 2023;24(3):258-64.
10. Rice DB, Thombs BD. Support Groups in Scleroderma. *Curr Rheumatol Rep*. 2019;21(4):9.
11. Almond H. Patient support groups are a lifeline for those with idiopathic pulmonary fibrosis. *Lancet Respir Med*. 2020;8(10):959-61.
12. Roberts G. The benefits of allergy patient support groups. Vol. 48, *Clinical and experimental allergy: journal of the British Society for Allergy and Clinical Immunology*. England; 2018. p. 1078-9.
13. Myers GM, James GD. Social support, anxiety, and support group participation in patients with an implantable cardioverter defibrillator. *Prog Cardiovasc Nurs*. 2008;23(4):160-7.
14. de Roda ABL, Moreno ES, Montero IV, Churnin S. Support groups and cardiac rehabilitation: effects of partner participation on anxiety and depression. *Span J Psychol*. 2014;17:E10.
15. Thompson DM, Booth L, Moore D, Mathers J. Peer support for people with chronic conditions: a systematic review of reviews. *BMC Health Serv Res*. 2022;22(1):427.
16. Lin F-H, Yih DN, Shih F-M, Chu C-M. Effect of social support and health education on depression scale scores of chronic stroke patients. *Medicine (Baltimore)*. 2019;98(44):e17667.
17. Jablonschkin M, Binkowski L, Markovits Hoopii R, Weis J. Benefits and challenges of cancer peer support groups: A systematic review of qualitative studies. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2022 Nov;31(6):e13700.
18. Nakao S, Kamo T, Someko H, Okamura M, Tsujimoto Y, Ogihara H, et al. Peer Support for Patients With Heart Failure: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Cureus*. 2023;15(10):e46751.
19. Rosa RG, Ferreira GE, Viola TW, Robinson CC, Kochhann R, Berto PP, et al. Effects of post-ICU follow-up on subject outcomes: A systematic review and meta-analysis. *J Crit Care*. 2019;52:115-25.
20. Harvey MA, Davidson JE. Addressing the Consequences of Our Success. Vol. 47, *Critical Care Medicine*. 2019. 146-7.
21. Molina Escribano F, Castaño Moreno E, Massó Orozco J. Experiencia Educativa con un Paciente Experto. *Rev Clínica Med Fam*. 2008;2(4):178-80.
22. Giorgi A. The Theory, Practice, and Evaluation of the Phenomenological Method as a Qualitative Research Procedure. *J Phenomenol Psychol*. 1997;28(2):235-60.
23. Berenguera A., Fernández de Sanmamed MJ, Pons M., Pujol E., Rodríguez D., Sarua S. Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Aportaciones de la investigación cualitativa. 1a. Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP J. Gol), editor. Barcelona: Lacontragrafica.com; 2014.
24. Palacios-Ceña D, Corral Liria I. Fundamentos y desarrollo de un protocolo de investigación fenomenológica en enfermería. *Enfermería Intensiva*. 2010;21(2):68-73.
25. Ramnarain D, Aupers E, den Ouden B, Oldenbeuving A, de Vries J, Pouwels S. Post Intensive Care Syndrome (PICS): an overview of the definition, etiology, risk factors, and possible counseling and treatment strategies. *Expert Rev Neurother*. 2021;21(10):1159-77.
26. Hiser SL, Fatima A, Ali M, Needham DM. Post-intensive care syndrome (PICS): recent updates. *J intensive care*. 2023;11(1):23.
27. Lee M, Kang J, Jeong YJ. Risk factors for post-intensive care syndrome: A systematic review and meta-analysis. *Aust Crit care Off J Confed Aust Crit Care Nurses*. 2020;33(3):287-94.
28. Vrettou CS, Mantziou V, Vassiliou AG, Orfanos SE, Kotanidou A, Dimopoulou I. Post-Intensive Care Syndrome in Survivors from Critical Illness including COVID-19 Patients: A Narrative Review. *Life (Basel, Switzerland)*. 2022;12(1).

29. Lobo-Valbuenaa B, Sánchez-Rocab M., Regalón-Martínc MP, Torres Moralesd J, Varillas Delgadoe D, Gordo-Vidal F. Síndrome post-UCI: Amplio espacio de mejora. Análisis de los datos tras un año de implementación de protocolo para su prevención y manejo en un hospital de segundo nivel. *Med Intensiva*. 2021;45(8):e43-6.
30. Luz LFDS, Santos MCD, Ramos TA, Almeida CB, Rover MC, Dal’Pizzol CP, et al. Delirium and quality of life in critically ill patients: a prospective cohort study. *Rev Bras Ter intensiva*. 2020;32(3):426-32.
31. Jones C, Griffiths RD, Humphris G. Disturbed memory and amnesia related to intensive care. *Memory*. 2000;8(2):79-94.
32. Kalisch R, Müller MB, Tüscher O. A conceptual framework for the neurobiological study of resilience. *Behav Brain Sci*. 2015;38:e92.
33. Bartone PT, Eid J, Hystad S W. Training hardiness for stress resilience. In: *Military Psychology: Concepts, Trends and Interventions*. Sage, New Delhi; 2016. p. 231-48.
34. Zager Kocjan G, Kavčič T, Avsec A. Resilience matters: Explaining the association between personality and psychological functioning during the COVID-19 pandemic. *Int J Clin Health Psychol*. 2021;21(1):100198.
35. Mathieu A, Reignier J, Le Gouge A, Plantefevé G, Mira J-P, Argaud L, et al. Resilience after severe critical illness: a prospective, multicentre, observational study (RESIREA). *Crit Care*. 2024;28(1):237.
36. Huang C, Xie J, Owusua T, Chen Z, Wang J, Qin C, et al. Is psychological flexibility a mediator between perceived stress and general anxiety or depression among suspected patients of the 2019 coronavirus disease (COVID-19)? *Pers Individ Dif*. 2021;183:111132.
37. Wade DF, Moon Z, Windgassen SS, Harrison AM, Morris L, Weinman JA. Non-pharmacological interventions to reduce ICU-related psychological distress: a systematic review. *Minerva Anestesiol*. 2016;82(4):465-78.

ESTUDIOS ORIGINALES

Estrategias de afrontamiento en adolescentes con enfermedad celíaca

Coping strategies in adolescents with celiac disease

Lucía López Blázquez

Enfermera especialista en Pediatría. Hospital Universitario 12 de Octubre (Madrid).

VIII Premios de Investigación CODEM. Finalista.

DOI: <https://doi.org/10.60108/ce.386>

Cómo citar este artículo: López Blázquez, L., Estrategias de afrontamiento en adolescentes con enfermedad celíaca. Conocimiento Enfermero 31 (2026): 23-44.

Disponible en: <http://www.conocimientoenfermero.es>

RESUMEN

La enfermedad celíaca podría suponer un cambio en la manera de afrontar de un adolescente.

El objetivo de este proyecto es conocer las estrategias de afrontamiento de pacientes adolescentes con enfermedad celíaca frente a adolescentes sanos.

Se han realizado diferentes búsquedas en varias bases de datos para realizar un estudio observacional de cohortes.

Tras la obtención de los resultados de estudio se destaca la existencia de evidencia significativa en algunas variables analizadas variables, como la búsqueda de apoyo social o la concentración en la resolución del problema, frente a otras en las que no existe evidencia.

Palabras clave: afrontamiento; adolescente; enfermedad celíaca; cuidados de enfermería.

ABSTRACT

Celiac disease could mean a change in an adolescent's way of coping.

The aim of this project is to know the coping strategies of adolescent patients with celiac disease versus healthy adolescents.

Several databases have been searched in order to perform an observational cohort study.

After obtaining the results of the study, it is highlighted the existence of significant evidence in some variables analyzed, such as seeking social support or focusing on solving the problem, compared to others in which there is no evidence.

Keywords: coping; teenager; celiac disease; nursing care.

1. Estado de la cuestión y antecedentes

A continuación se va a tratar el problema del afrontamiento en el adolescente con la enfermedad celíaca. En primer lugar, se explicarán los diferentes tipos de afrontamiento en la etapa de la adolescencia; después se abordará la enfermedad celíaca como enfermedad de afección crónica y por último lugar, el papel que

ejerce la enfermería para tratar los diferentes problemas asociados a lo mencionado anteriormente.

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica primaria en relación a los conceptos claves destacados anteriormente: la enfermedad celíaca, las estrategias de afrontamiento, la etapa de la adolescencia y sobre el papel que tiene la enfermería pediátrica en cuidados del adolescente

con dicha enfermedad. La búsqueda se ha realizado en las bases de datos Pubmed, Cuiden, Scielo y Google Académico.

Se ha utilizado un vocabulario controlado que contiene los siguientes descriptores DeCS en castellano: afrontamiento, adolescente, enfermedad celíaca y cuidados de enfermería. Por otro lado, se han utilizado los siguientes descriptores MeSH en inglés: coping, teenager, celiac disease y nursing care.

Se ha encontrado abundante bibliografía sobre la enfermedad celíaca y sus características. Sin embargo, no se ha encontrado bibliografía específica sobre el manejo de enfermería en relación a las estrategias de afrontamiento con respecto a la EC en la etapa adolescente.

1.1. Estrategias de afrontamiento en la adolescencia

El afrontamiento se define como un conjunto de conductas y acciones que las personas utilizan para enfrentarse a una situación determinada. Se pueden diferenciar entre estilos y estrategias de afrontamiento; los primeros se refieren a cuando el sujeto tiene una predisposición para actuar ante una situación, y las segundas se refieren a los actos que se llevan a cabo para solucionar la situación [1,2,3].

Según Lázarus y Folkman, definen el afrontamiento como *aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas internas y/o externas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo* [2,3].

El afrontamiento puede ser adaptativo (tratan de hacer frente al problema eliminando la causa del mal afrontamiento) y no adaptativo (adoptan estrategias pasivas ante el problema) [4,5].

Dentro de los tipos de afrontamiento, se encuentran las estrategias de afrontamiento que pueden ser dirigidas a la resolución de problemas o a la regulación emocional [5,6].

El afrontamiento de una enfermedad crónica como es la enfermedad celíaca en el paciente adolescente puede suponer un nivel de estrés

añadido a los cambios psicosociales que presentan los mismos en esta etapa [7,8,9].

La adolescencia es una etapa que cuenta con diferentes cambios que afectan a la esfera física, psicológica y social en la que existe una transición del niño al adulto [8]. Pasa por diferentes etapas comenzando por la pubertad y terminando cuando finaliza el desarrollo biopsicosocial [10].

Existen diferentes organizaciones que definen la etapa de la adolescencia de formas parecidas pero con distintos matices. Por ejemplo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) distingue la adolescencia entre los 10 y los 19 años de edad; a diferencia de la Sociedad Americana de Salud y Medicina de la Adolescencia que la considera entre los 10 y los 21 años separándolas en tres etapas: inicial, media y tardía. En estas últimas etapas destaca en cada una de ellas determinados aspectos del desarrollo físico y psicosocial de los adolescentes [10].

1.1.1. Adolescencia inicial

Esta etapa comprende a los adolescentes entre los 10 y los 13 años de edad. Se inician los cambios corporales más significativos, entre los que se incluyen el crecimiento del vello en axilas y genitales y el desarrollo de estos últimos. Para observar y clasificar los cambios físicos de los adolescentes se utiliza la **clasificación de estadíos de Tanner**. En la mujer hay un aumento de las glándulas mamarias y en los varones un aumento del tamaño de los testículos. Respecto a los cambios hormonales, en este periodo es común que se produzca en las niñas la primera menstruación tras el crecimiento de las glándulas mamarias [11].

Por otro lado, también cobran especial importancia los cambios psicológicos que se producen en esta etapa, ya que los cambios corporales pueden producir ansiedad en los adolescentes. En esta etapa también pueden surgir problemas de identidad de género, y puede suponer dificultades para los adolescentes transgénero. Es esencial aportar privacidad e independencia para que ellos puedan asumir cierto autocontrol [11].

1.1.2. Adolescencia media

Esta etapa comprende a los adolescentes entre los 14 y los 17 años de edad. Respecto a los cambios físicos continúan desarrollándose. En las mujeres, las glándulas mamarias crecen más y aparece más vello; y en varones también crece más vello. A estos últimos les comienza a cambiar la voz, haciendo la misma más grave [11].

Por otro lado, comienza el interés por las relaciones sexuales y románticas. Se agudiza más el deseo de independencia y autocontrol, así que muchos de los adolescentes pueden tener una actitud más enfadada con la familia y más interés por pasar tiempo con sus amistades. Así mismo, adquieren más capacidad para tomar decisiones y cobra importancia la construcción de su propia personalidad [11].

1.1.3. Adolescencia tardía

Comprende a los adolescentes entre los 18 y los 21 años de edad. En esta etapa ya se ha completado el desarrollo físico de los adolescentes y se les considera adultos jóvenes. Destacan sobre las demás etapas el autocontrol de impulsos y la identificación de sus propios valores. Se encuentran centrados en el futuro y buscan más estabilidad en las relaciones sociales y amorosas [11].

La relación con sus padres puede cobrar más importancia, en la que muchos de los adolescentes, restablecen lazos familiares. La familia es un núcleo muy importante para el adolescente que le facilita un correcto desarrollo biopsicosocial [11]. El impacto que las familias realizan sobre los adolescentes es fundamental para que tengan un desarrollo funcional de la conducta [8].

Otro apoyo fundamental a tener en cuenta son los profesores y orientadores de los colegios e institutos que deben unirse con los padres para facilitar una educación eficiente que promueva un desarrollo saludable [11].

Por otro lado, otra esfera muy importante son los lazos de amistad de los adolescentes. Es una parte muy influyente sobre todo en el aspecto psicosocial de los mismos que debe tenerse en cuenta y realizar un control para evitar conductas nocivas y peligrosas para los mis-

mos. En el proceso de integración social, el papel que desempeñan las amistades es decisivo para el correcto desarrollo evolutivo; así mismo, un adolescente que no tenga este apoyo puede tener una carencia en el desarrollo de la esfera psicosocial, y ser origen de complicaciones futuras [9,11].

También, el poder conocer el tipo de estrategias de afrontamiento que tienen los adolescentes frente a la enfermedad celíaca permitiría poder actuar en un futuro para mejorar su adaptación a la misma, así como prevenir complicaciones en la esfera psicosocial [7,8,9].

1.2. La enfermedad celíaca como enfermedad crónica

La enfermedad celíaca (EC) es una enfermedad crónica de origen autoinmune que afecta a la mucosa del intestino delgado en personas con predisposición genética (HLA-DQ-2 y/o HLA-DQ8) producida por el consumo de gluten. Más concretamente, una fracción del gluten denominada gliadina se considera tóxica para el consumo en personas con enfermedad celíaca. Actualmente afecta al 1% de la población alterando los hábitos de vida de quienes la padecen al ser necesaria la modificación en las conductas alimenticias, afectando además a la esfera psicológica por el hecho de presentar una enfermedad crónica [12,13]. Sin embargo, la mayoría de los casos, aproximadamente entre un 70-80% se encuentra sin diagnosticar produciendo un alto riesgo de morbilidad [14].

Afecta principalmente al intestino delgado provocando una malabsorción de nutrientes dando lugar a manifestaciones clínicas y pudiendo producir a largo plazo complicaciones multisistémicas. Las manifestaciones clínicas pueden ser muy amplias desde el síndrome de malabsorción con esteatorrea, desnutrición, diarrea, vómitos, dolor, o incluso pasar como una enfermedad asintomática. En edad pediátrica es muy común encontrar sintomatología como falta de apetito, distensión abdominal, apatía, entre otros. También pueden observarse, una amplia variedad de síntomas extraintestinales, casi todos debidos a situaciones carenciales de vita-

minas y sales minerales, como: erupciones cutáneas, artritis, alteración del crecimiento, raquitismo, fracturas espontáneas, osteoporosis y dolores óseos, alteraciones del esmalte dental, cefalea [15].

Se pueden diferenciar varios tipos de celiaquía: clásica, no clásica, subclínica, sintomática, potencial y refractaria [16].

Según la Sociedad Europea de Gastroenterología, Hepatología y Nutrición Pediátrica (ESPGHAN) la EC en edad pediátrica se puede diagnosticar por la clínica y con una analítica de sangre en la que nos muestra los marcadores serológicos (anticuerpos antiendomiosin de clase IgA (EMA) anticuerpos anti-gliadina (AA), anticuerpos antitransglutaminasa tisular (tTGA) y anticuerpos anti-péptidos deaminados de gliadina (anti-DGP) de la enfermedad). Solo en caso de no tener los anteriores resultados positivos, se debe confirmar mediante una endoscopia con biopsia de duodeno y con prueba genética. Se evita realizar la endoscopia debido a que es una prueba muy invasiva para los pacientes pediátricos, en la que la presencia de la enfermedad mostraría atrofia vellositaria del intestino delgado. Se realiza cuando el paciente todavía no ha comenzado la dieta libre de gluten y se lleva a cabo para observar la lesión intestinal, pudiéndose visualizar varias alteraciones como fisuras, nódulos, pérdida de pliegues mucosos, úlceras o estenosis. Para distinguir el grado de lesión se utiliza la clasificación de Marsh [17].

El tratamiento para los pacientes con EC es la dieta libre de gluten, así que deben evitarse todos los alimentos que contengan dicha proteína presente en cereales como trigo, cebada, centeno y avena (este último aunque no tiene gluten estrictamente, sólo se podría consumir si está certificado sin gluten puesto que se ha identificado contaminación cruzada con los otros cereales en varias ocasiones); o cereales derivados de los anteriores. La dieta libre de gluten se considera toda aquella que no contenga el mismo o que contenga dosis no superiores a 20 partículas por millón (ppm) de gluten, puesto que se ha comprobado que es poco probable que cause alteraciones histológicas significativas. Es el único tratamiento que existe en este momento para la EC y tras el seguimiento de la misma

sin contaminación cruzada la mayoría de los pacientes mejoran su situación clínica además de una recuperación de las vellosidades intestinales (aquellos que estén diagnosticados de EC refractaria no suelen mejorar aun llevando una dieta sin gluten estricta). Posterior al tratamiento se realizará un adecuado seguimiento en consulta de la enfermedad [17].

Un incorrecto incumplimiento de la misma podría conllevar complicaciones futuras asociado al progresivo daño intestinal. Se pueden encontrar las siguientes complicaciones: déficit vitamínico y mineral, retraso en el crecimiento, riesgo de otras enfermedades autoinmunes, dermatitis herpetiforme, anemia ferropénica, infertilidad y abortos espontáneos, alteraciones neurológicas y neoplasias [18].

En resumen, la enfermedad celíaca es una enfermedad crónica de origen autoinmune que afecta a la mucosa del intestino delgado de las personas con predisposición genética a la misma y que actualmente el único tratamiento existente es la dieta estricta sin gluten. Es por este motivo, por lo que sería interesante obtener evidencia clínica sobre las estrategias de afrontamiento en los adolescentes que padecen dicha enfermedad.

Por otro lado, sería imprescindible conocer cuál es el papel de la enfermería para empoderar y mejorar las estrategias de afrontamiento en los pacientes adolescentes, ya sea en un contexto hospitalario o de atención primaria.

1.3. Papel de la enfermería en cuidados del adolescente con EC

El estudio de las estrategias de afrontamiento en los adolescentes con enfermedad celíaca resulta de interés para la disciplina enfermera y más concretamente para el personal enfermero especializado en pediatría, ya que es el responsable de realizar una valoración integral de las esferas física, psicológica y social de los mismos. A su vez, se encargan de administrar los cuidados necesarios en esta etapa de la vida [19].

El personal de enfermería pediátrico puede realizar diferentes acciones, en cuanto a la prevención, la detección y la educación para la sa-

lud, de manera favorable para ayudar a los adolescentes a que tengan un buen afrontamiento de la EC y mejorar de esta forma su calidad de vida. Es imprescindible establecer una relación de empatía para conocer y abordar el afrontamiento de los adolescentes y la figura más idónea para realizarlo es el personal enfermero. Existen diferentes diagnósticos de la NANDA que pueden ser utilizados para la realización de un proceso de atención de enfermería (PAE). Por ejemplo, se destacan los siguientes: **Afrontamiento ineficaz** [00069] o **Disposición para mejorar el afrontamiento** [00158]. El primer diagnóstico se define como *"patrón de apreciación no válida sobre los agentes estresantes, con esfuerzos cognitivos y/o conductuales, que fracasan en la gestión de las demandas relacionadas con el bienestar"* y el segundo como *"patrón de valoración válida de los factores estresantes con esfuerzos cognitivos y/o conductuales para gestionar las demandas relacionadas con el bienestar, que puede ser reforzado"* [20].

El afrontamiento de la enfermedad celíaca supone una gran adaptación por parte de los adolescentes y su familia, por este motivo, la presencia de enfermería es fundamental para mejorar la adaptación del adolescente a la misma. Es muy importante conocer previamente las estrategias de afrontamiento en la EC y la enfermería tiene un papel fundamental a la hora de recoger información mediante la valoración. Tienen un poder muy influyente para prevenir una mala autogestión de la enfermedad, disminuyendo de esta forma las complicaciones futuras. Asimismo, pueden dar pautas para promover la adhesión al tratamiento (dieta estricta sin gluten). Una de las herramientas más importantes de la enfermería pediátrica es la relación enfermera-paciente en la que se destaca la relación cercana que les permite conocer en profundidad las emociones de los adolescentes y las estrategias de afrontamiento que tienen frente la celiaquía [19].

En resumen, se quiere destacar la influencia de la enfermería para promover la adaptación de los adolescentes a la enfermedad celíaca y mejorar las estrategias de afrontamiento de la misma y su calidad de vida, formando parte de las competencias enfermeras.

1.4. Antecedentes

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en las diferentes bases de datos en ciencias de la salud como Pubmed, Cuiden, Scielo y Google Académico. Tras la búsqueda se han encontrado artículos que estudian el afrontamiento en diferentes enfermedades como la Diabetes Mellitus I y el Cáncer infantil.

Con respecto a la Diabetes Mellitus (DM) I en niños y adolescentes; en el estudio de Manuel Ortiz Parada, destacan que la DM I en niños supone un factor de estrés y sobrecarga emocional, pudiéndose asociar a un peor afrontamiento de la enfermedad y una menor adherencia al tratamiento [21].

El estudio de Iturralde E, et al. destaca la importancia de la comprensión de los factores que contribuyen a la angustia relacionada con la DM I en los adolescentes. La forma de afrontar más utilizada es el afrontamiento evitativo con el fin de disminuir la incomodidad producida con los problemas de su vida cotidiana. Un peor afrontamiento de la enfermedad podría contribuir a un peor control glucémico y del mismo modo, una peor adherencia del tratamiento [22].

No obstante, otros autores confirman que la DM I supone un estrés para los adolescentes y que es necesario aumentar el afrontamiento de los mismos. Como en el estudio anterior, el afrontamiento de la enfermedad está relacionado con el control de la DM I. Por ello, sugieren más estudios para realizar intervenciones para mejorar el afrontamiento de los jóvenes con diabetes [23].

En el estudio de Jaser SS, et al. se destaca que la Diabetes tipo I supone un estrés crónico para los adolescentes que se encuentra relacionado con la carga del tratamiento, siendo necesario la selección de estrategias de afrontamiento adecuadas para paliar el estrés producido por la enfermedad. También, respaldan en los resultados obtenidos que la DM I supone un gran impacto en el afrontamiento y en el autocontrol de la misma. Proponen la elaboración de más estudios con intervenciones que fomenten el afrontamiento adaptativo [24].

Otros autores explican que tanto las estrategias de afrontamiento de control primario y se-

cundario se asocian con resultados positivos, mejorando el control metabólico y sugieren la educación de los pacientes para que obtengan estrategias de afrontamiento adecuadas [25].

Por otro lado, se han encontrado artículos en referencia al Cáncer Infantil, donde destacan que el uso de estrategias y recursos positivos pueden proporcionar un mejor afrontamiento del niño frente a esta enfermedad [26].

Según el estudio de Desjardins L, et al. los niños diagnosticados de cáncer tienen estrés relacionado con esta enfermedad, implicando dificultades en su adaptación social. También destaca que, debido a la evidencia del impacto del afrontamiento respecto a nivel emocional de los niños con cáncer, resulta beneficioso enseñar a los jóvenes con este diagnóstico a tener un mejor afrontamiento sobre la enfermedad [27].

Otros autores, explican la importancia de enseñar habilidades de afrontamiento a los niños con cáncer porque tiene una importante implicación en el desarrollo psicológico [28].

Se han encontrado estudios que hablan sobre la calidad de vida de niños y adolescentes con diagnóstico de enfermedad celíaca. Por ejemplo, en el estudio de Rojas M, et al. destacan que los adolescentes con EC tienen una peor comunicación con otras personas afectando al afrontamiento con respecto a la esfera social. Por ello, indican que es necesario establecer un modelo de atención integral incluyendo a la familia y a la escuela para mejorar la comprensión, el apoyo y la comunicación de los niños y adolescentes con EC [29].

En el estudio realizado por Cabañero MA, destaca que la EC afecta a la calidad de vida de los adolescentes, y esto mismo pone en riesgo la realización de la dieta [30].

Según otros autores, destacan que los elementos que influyen en la calidad de vida de los pacientes son la seguridad a la hora de la selección de los alimentos, el precio de los alimentos sin gluten en las tiendas y el diagnóstico precoz. También, refieren que la calidad de vida en el adolescente se ve disminuida con respecto a las relaciones sociales con sus iguales [31].

A su vez no se han encontrado estudios que aborden estrategias de afrontamiento en los

adolescentes con enfermedad celíaca. Es por este motivo, que sería interesante llevar a cabo un estudio en este tipo de pacientes para poder conocer el nivel de afrontamiento que tienen ante dicha enfermedad.

1.5. Justificación

La enfermedad celíaca puede suponer un cambio importante en el paciente adolescente y crear en el mismo una mala adaptación a la enfermedad, pudiendo desarrollar un mal afrontamiento. Es una enfermedad crónica de origen autoinmune que afecta a la mucosa del intestino delgado de las personas con predisposición genética a la misma y que actualmente el único tratamiento existente es la dieta estricta sin gluten. Es por este motivo, por lo que sería interesante obtener evidencia clínica sobre las estrategias de afrontamiento de los adolescentes que padecen dicha enfermedad.

Se quiere destacar la influencia de la enfermería para promover la adaptación de los adolescentes a la enfermedad celíaca, mejorando así sus estrategias de afrontamiento y su calidad de vida, formando parte de las competencias enfermeras. De este modo, sería imprescindible conocer cuál es el papel de la enfermería para empoderar y mejorar el afrontamiento en los pacientes adolescentes, ya sea en un contexto hospitalario o de atención primaria.

Además, el personal de enfermería tiene un papel muy importante para conocer previamente las estrategias de afrontamiento del adolescente y de esta forma aportar las herramientas para que se adapte de forma positiva a su enfermedad. Se considera el primer eslabón para detectar un problema potencial en el adolescente. Los enfermeros tienen muchas herramientas para prevenir un afrontamiento inadecuado, al igual que aumentar los conocimientos de los pacientes. También, es importante que el personal de enfermería conozca las estrategias de afrontamiento de los adolescentes para aumentar su conocimiento y observar que podría existir un problema para poder abordarlo adecuadamente. Una de las herramientas más importantes de la enfermería pediátrica es la relación enferme-

ra-paciente en la que se destaca la relación cercana que les permite conocer en profundidad las emociones de los adolescentes y el afrontamiento que tienen frente la celiaquía.

Por este motivo, sería importante realizar un estudio observacional de cohortes para comparar las estrategias de afrontamiento en pacientes con enfermedad celíaca frente a adolescentes sanos. Este tipo de estudio es perfecto para valorar las estrategias de afrontamiento de los dos grupos, ya que se podría considerar que la EC podría influir en las mismas.

2. Objetivos

2.1. Objetivo principal

El objetivo principal de este trabajo es conocer las estrategias de afrontamiento de adolescentes con enfermedad celíaca frente a adolescentes sanos teniendo en cuenta la escala de afrontamiento para adolescentes (ACS) de Frydenberg y Lewis.

2.2. Objetivos específicos

Como objetivos específicos para el presente proyecto se plantean los siguientes:

- Comparar las diferencias existentes en las estrategias de afrontamiento en los adolescentes con EC frente a adolescentes sanos.
- Analizar la influencia de las variables socio-demográficas en las estrategias de afrontamiento de adolescentes con EC y sanos.

3. Diseño del estudio

3.1. Tipo de estudio

El tipo de estudio seleccionado es un estudio cuantitativo observacional de cohortes. Se va a realizar un estudio de cohortes para poder comparar de forma objetiva las diferentes estrategias de afrontamiento de los adolescentes con Enfermedad Celíaca y de adolescentes sanos.

Con este estudio se pretende analizar las estrategias de afrontamiento en adolescentes con EC para realizar una futura intervención y poder mejorar estas estrategias.

3.2. Sujetos de estudio

La **población diana** seleccionada para este estudio son adolescentes que habitan en la Comunidad de Madrid. Se va a dividir la muestra en dos grupos, el primero con adolescentes diagnosticados de EC, al que se hará referencia como grupo de expuestos, y el segundo con adolescentes sanos, al que se hará referencia como grupo no expuestos.

Debido a que el grupo de adolescentes con EC no es muy grande, se ha decidido escoger a la **población accesible** a partir de la *Asociación de Celíacos y Sensibles al gluten de Madrid*. Es por este motivo, por el cual se ha decidido seleccionar la muestra en toda la Comunidad de Madrid.

Para seleccionar el grupo de no expuestos, se ha decidido seleccionar adolescentes mediante muestreo no aleatorio en bola de nieve para escoger adolescentes de todas las zonas de la Comunidad de Madrid.

Para seleccionar la **población de estudio** se han tenido en cuenta los siguientes criterios de inclusión y de exclusión:

TABLA 1. Criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión
Diagnóstico de Enfermedad Celíaca
Firma del consentimiento informado
Criterios de exclusión
Otras patologías crónicas
Barrera idiomática
Retraso psicomotor

Al realizar un estudio observacional de cohortes, es relevante describir en primer lugar los dos grupos existentes. El primer grupo es aquel que está constituido por adolescentes entre 14 y 17 años (grupo de expuestos) que padezcan enfermedad celíaca. El otro grupo está

compuesto por adolescentes entre 14 y 17 años sanos (grupo no expuestos).

Para seleccionar la muestra del estudio se realizará un muestreo de tipo probabilístico no aleatorio de conveniencia en ambos grupos. En el grupo de expuestos, se seleccionarán aquellos adolescentes con enfermedad celíaca que quieran formar parte del estudio y cumplan los criterios de inclusión, pertenecientes a la *Asociación de Celíacos y sensibles al gluten*. Para escoger al grupo de no expuestos, se seleccionarán aquellos adolescentes que también quieran participar y se encuentren dentro de los criterios de inclusión.

Para determinar el tamaño muestral del grupo de **expuestos**, se ha realizado una búsqueda en el INE de los adolescentes españoles entre 14 y 17 años de edad inscritos con fecha actualizada del 1 de enero de 2022. Con el resultado anterior, debido a la epidemiología existente respecto a la EC, se ha seleccionado el 1% de los mismos. Debido a que esta enfermedad se encuentra infradiagnosticada como se ha mencionado anteriormente (entre un 70-80% de personas celíacas sin diagnosticar), se ha calculado finalmente con un intervalo de confianza (IC) del 95%, y con un margen de error (ME) del 5%, una muestra de 255 adolescentes. La fórmula utilizada para el cálculo del tamaño muestral del grupo de expuestos es la siguiente [32]:

$$n = \frac{N\sigma^2 Z^2}{(N-1)e^2 + \sigma^2 Z^2}$$

Para el grupo de **no expuestos**, se espera alcanzar un tamaño muestral semejante al otro grupo para poder realizar una comparación con diferencias significativas. Por tanto, el tamaño muestral final calculado sería de aproximadamente 500 adolescentes.

Sin embargo, al tratarse de un proyecto de fin de residencia de enfermería pediátrica se dispone de tiempo limitado en el que no se espera conseguir el tamaño muestral planteado. De esta manera, se realizará un proyecto piloto en el que se expondrán los resultados obtenidos.

3.3. Variables

A continuación se detallan las variables que se van a utilizar en el presente estudio. Se ha decidido dividir las variables en dos grupos: variables socio-demográficas y variables de estudio. Estas últimas tienen como función principal dar respuesta a los objetivos planteados en este proyecto de investigación.

3.3.1. Variables socio-demográficas

Las variables socio-demográficas del estudio se encuentran detalladas en la Tabla 2.

3.3.2. Variables de estudio

Se ha utilizado la escala de afrontamiento para adolescentes (ACS) de Frydenberg y Lewis en 1993. La escala ACS está compuesta por 18 subescalas que miden las diferentes estrategias de afrontamiento de los adolescentes, que se expondrán más adelante [33].

Todas las variables dentro de esta categoría, son variables cualitativas nominales que se les asigna un valor según la escala Likert del 1 al 5, refiriéndose en orden a las siguientes oraciones: *Nunca lo hago* (1), *lo hago raras veces* (2), *lo hago algunas veces* (3), *lo hago a menudo* (4), *lo hago con mucha frecuencia* (5). La tabla con la escala com-

TABLA 2. Variables socio-demográficas.

Variable	Tipo	Categorías o valores
Edad	Cuantitativa discreta	14/15/16/17
Género	Cualitativa nominal	Femenino/ Masculino/ Otras
Zona de la Comunidad de Madrid	Cualitativa nominal	Norte/ Sur/ Centro/ Este/ Oeste
Padres separados	Cualitativa nominal dicotómica	Sí/ No

pleta se puede observar en el Anexo 3. Con la obtención de estos valores finales de cada sub-escala, se van a comparar las mismas entre los

dos grupos de adolescentes, permitiendo de esta manera conocer si difieren las estrategias de afrontamiento de un grupo al otro [33].

TABLA 3. Variables de estudio.

Variable	Ítems	Puntuación
1. Buscar apoyo social	1. Hablo con otros para saber lo que ellos harían si tuviesen el mismo problema 19. Practico un deporte 37. Realizo ejercicios para mantenerme en forma y con buena salud 55. Hago ejercicios físicos para distraerme 71. Hablo acerca del problema con personas que tengan más experiencia que yo	20-29 → Estrategia no utilizada 30-49 → Estrategia utilizada raras veces 50-69 → Estrategia utilizada algunas veces 70-89 → Estrategia utilizada a menudo 90-100 → Estrategia utilizada con mucha frecuencia
2. Concentrarse en resolver el problema	2. Me dedico a resolver lo que está provocando el problema 20. Hablo con otros para apoyarnos mutuamente 38. Busco ánimo en otras personas 56. Hablo con otras personas sobre mi problema para que me ayuden a salir de él 72. Consigo apoyo de otros, como de mis padres o amigos, para solucionar mis problemas	20-29 → Estrategia no utilizada 30-49 → Estrategia utilizada raras veces 50-69 → Estrategia utilizada algunas veces 70-89 → Estrategia utilizada a menudo 90-100 → Estrategia utilizada con mucha frecuencia
3. Esforzarse y tener éxito	3. Sigo con mis tareas como es debido 21. Me dedico a resolver el problema utilizando todas mis capacidades 39. Considero otras puntos de vista y trato de tenerlos en cuenta 57. Pienso en lo que estoy haciendo y por qué lo hago 73. Pienso en distintas formas de enfrentarme al problema	20-29 → Estrategia no utilizada 30-49 → Estrategia utilizada raras veces 50-69 → Estrategia utilizada algunas veces 70-89 → Estrategia utilizada a menudo 90-100 → Estrategia utilizada con mucha frecuencia
4. Preocuparse	4. Me preocupo por mi futuro 22. Sigo asistiendo a clases 40. Trabajo intensamente (Trabajo duro) 58. Busco tener éxito en las cosas que estoy haciendo 74. Me dedico a mis tareas en vez de salir	20-29 → Estrategia no utilizada 30-49 → Estrategia utilizada raras veces 50-69 → Estrategia utilizada algunas veces 70-89 → Estrategia utilizada a menudo 90-100 → Estrategia utilizada con mucha frecuencia
6. Buscar pertenencia	6. Trato de dar una buena impresión en las personas que me importan 24. Llamo a un(a) amigo(a) íntimo(a) 42. Empiezo, o si ya existe, mejoro la relación con mi enamorado(a) 60. Trato de hacerme amigo(a) íntimo(a) de un chico o de una chica 76. Procuro pasar más tiempo con la persona con quien me gusta salir	20-29 → Estrategia no utilizada 30-49 → Estrategia utilizada raras veces 50-69 → Estrategia utilizada algunas veces 70-89 → Estrategia utilizada a menudo 90-100 → Estrategia utilizada con mucha frecuencia
7. Hacerse ilusiones	7. Espero que me ocurra lo mejor 25. Me preocupo por mis relaciones con los demás 43. Trato de adaptarme a mis amigos 61. Trato de mejorar mi relación personal con los demás 77. Hago lo que quieren mis amigos	20-29 → Estrategia no utilizada 30-49 → Estrategia utilizada raras veces 50-69 → Estrategia utilizada algunas veces 70-89 → Estrategia utilizada a menudo 90-100 → Estrategia utilizada con mucha frecuencia
9. Reducción de la tensión	9. Me pongo a llorar y/o gritar 27. Frente a los problemas, simplemente me doy por vencido(a) 45. Me pongo mal (Me enfermo) 63. Cuando tengo problemas, no sé cómo enfrentarlos 79. Sufro dolores de cabeza o de estómago	20-29 → Estrategia no utilizada 30-49 → Estrategia utilizada raras veces 50-69 → Estrategia utilizada algunas veces 70-89 → Estrategia utilizada a menudo 90-100 → Estrategia utilizada con mucha frecuencia

Variable	Ítems	Puntuación
11. Ignorar el problema	11. Escribo una carta a una persona que siento que me puede ayudar con mi problema 29. Organizo un grupo que se ocupe del problema 47. Me reúno con otras personas para analizar el problema 65. Me reúno con las personas que tienen el mismo problema que yo	20-29 → Estrategia no utilizada 30-49 → Estrategia utilizada raras veces 50-69 → Estrategia utilizada algunas veces 70-89 → Estrategia utilizada a menudo 90-100 → Estrategia utilizada con mucha frecuencia
13. Reservarlo para mí	13. Ante los problemas, tiendo a criticarme 31. Me doy cuenta que yo mismo(a) me complico la vida frente a los problemas 49. Me siento culpable por los problemas que me ocurren 67. Me considero culpable de los problemas que me afectan	20-29 → Estrategia no utilizada 30-49 → Estrategia utilizada raras veces 50-69 → Estrategia utilizada algunas veces 70-89 → Estrategia utilizada a menudo 90-100 → Estrategia utilizada con mucha frecuencia
14. Buscar apoyo espiritual	14. Guardo mis sentimientos para mí solo(a) 32. Evito estar con la gente 50. Evito que otros se enteren de lo que me preocupa 68. Ante los problemas, evito que otros sepan cómo me siento	20-29 → Estrategia no utilizada 30-49 → Estrategia utilizada raras veces 50-69 → Estrategia utilizada algunas veces 70-89 → Estrategia utilizada a menudo 90-100 → Estrategia utilizada con mucha frecuencia
16. Buscar ayuda profesional	16. Pienso en aquéllos que tienen peores problemas, para que los míos no parezcan tan graves 34. Me fijo en el aspecto positivo de las cosas y trato de pensar en las cosas buenas 52. Trato de tener una visión positiva de la vida 70. Me siento contento(a) de cómo van las cosas	20-29 → Estrategia no utilizada 30-49 → Estrategia utilizada raras veces 50-69 → Estrategia utilizada algunas veces 70-89 → Estrategia utilizada a menudo 90-100 → Estrategia utilizada con mucha frecuencia
17. Buscar diversiones relajantes	17. Pido consejo a una persona que tenga más conocimiento que yo 35. Busco ayuda o consejo de un profesional para resolver los problemas 53. Pido ayuda a un profesional	20-29 → Estrategia no utilizada 30-49 → Estrategia utilizada raras veces 50-69 → Estrategia utilizada algunas veces 70-89 → Estrategia utilizada a menudo 90-100 → Estrategia utilizada con mucha frecuencia
18. Distracción física	18. Encuentro una forma de relajarme, como oír música, leer un libro, tocar un instrumento musical, ver la televisión, etc. 36. Salgo y me divierto para olvidar mis dificultades 54. Me doy tiempo para hacer las cosas que me gustan	20-29 → Estrategia no utilizada 30-49 → Estrategia utilizada raras veces 50-69 → Estrategia utilizada algunas veces 70-89 → Estrategia utilizada a menudo 90-100 → Estrategia utilizada con mucha frecuencia

3.4. Procedimiento de recogida de datos

Para la recogida de datos del grupo de **expuestos**, se contactará con la *Asociación de celíacos y sensibles al gluten de la Comunidad de Madrid* para explicar el presente estudio y obtener primeramente el consentimiento de la misma. Al obtenerlo, se elegirán los individuos que cumplan los criterios de inclusión y que quieran participar en el estudio. Se les explicará el estudio de forma online mediante una hoja de Google Form y se les aportará un consentimiento informado.

Después de esto, se enviará un cuestionario en formato Google Form a los adolescentes con EC para que lo rellenen, donde aparecen las va-

riables que se quieren estudiar. Este cuestionario se pasará de forma online para que los mismos los rellenen en sus domicilios y de forma anónima.

Por otra parte, para la recogida de datos del grupo de **no expuestos**, se realizará con un muestreo no aleatorio en bola de nieve, para así escoger a adolescentes de diferentes partes de la Comunidad de Madrid. Se escogerá a los individuos que se encuentren dentro de los criterios de inclusión descritos previamente. Se les explicará el estudio a realizar de forma online y se pedirá su participación en el mismo, con la cumplimentación del pertinente consentimiento informado.

La recogida de datos se realizará por parte de la investigadora principal y se tendrá el apoyo de la *Asociación de celíacos y sensibles al gluten* y de las personas que colaboren para la detección de adolescentes.

Respecto a la confidencialidad de los datos, el cuestionario se realizará de forma anónima sin pedir nombre ni apellidos, por lo tanto no será necesario la codificación de los mismos y de esta manera, se cumplirá la Ley de protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

Después de haber recogido la totalidad de los datos del cuestionario, la información obtenida se plasmará en una hoja de cálculo de Google para poder analizarla posteriormente.

3.5. Análisis de los datos

Para llevar a cabo el análisis de los datos del estudio se va a utilizar la hoja de cálculo del buscador Google. En dicha hoja también se llevará a cabo el registro de los datos obtenidos mediante las encuestas realizadas en el cuestionario Google Form.

En las variables cualitativas, se realizarán los estadísticos de frecuencias, porcentajes y Chi-cuadrado. Posteriormente, se realizarán diferentes comparaciones entre ambos grupos de cohortes, de las estrategias de afrontamiento de las subescalas de la ACS de Frydenberg y Lewis.

4. Resultados

El tamaño muestral final alcanzado ha sido de 113 adolescentes. Se han tenido que desestimar un 30% de los cuestionarios debido a una mala cumplimentación del consentimiento informado o por no habitar en la Comunidad de Madrid. Finalmente se aceptaron 79 cuestionarios, correspondiéndose el 63,3% a cuestionarios de adolescentes con EC y el 36,7% a cuestionarios de adolescentes sanos. Todos estos adolescentes manifestaron por escrito el deseo de realizar el cuestionario.

El análisis se ha realizado con una probabili-

dad de $p=0,05$ y se ha calculado los grados de libertad del estudio con los datos obtenidos ($gl=4$). En base a estos parámetros establecidos se ha considerado un valor de Chi-cuadrado crítico y un valor de Chi-cuadrado calculado, que se ha comparado con el valor previo (Chi-cuadrado crítico).

En relación al tamaño muestral, se destaca la mayor presencia de género femenino en los cuestionarios (67,1%) respecto al género masculino (31,6%) u otros (1,3%). Respecto a la edad, se destaca un mayor porcentaje de adolescentes con 17 años (31,6%), y 16 años (26,6%) respecto a los adolescentes con 14 años (21,5%) y 15 años (20,3%). Se ha calculado que la media de la edad del cuestionario es de 15,68 años.

Las zonas de la Comunidad de Madrid seleccionadas por los adolescentes fueron de mayor a menor porcentaje las siguientes: la zona más habitada con un 32,9% fue la zona sur, con un 19% la zona centro, con un 19% la zona este, con un 17,7% la zona norte y con un 11,4% la zona oeste. Por otro lado, se quiere destacar que un 21,5% de la muestra son adolescentes con padres divorciados, frente al 78,5% de aquellos adolescentes con padres en pareja. Así mismo, los resultados obtenidos con las cohortes establecidas se muestran a continuación mediante tablas de porcentajes.

Las siguientes tablas muestran cuáles son los resultados de la investigación obtenidos de las variables analizadas pertenecientes a la escala ACS dividiéndose a su vez entre las cohortes de adolescentes con EC y adolescentes sanos. Esta escala se ha enviado a través de un formulario en el que se ha realizado un análisis mediante la hoja de cálculo Excel, y se ha analizado cada cuestionario de forma individual, y a continuación se ha realizado un porcentaje final de la utilización de las 18 estrategias de afrontamiento de la ACS.

Debido al interés del presente proyecto, con respecto a las variables de estudio, se ha realizado un análisis de las siguientes: "*Buscar apoyo social*", "*Concentrarse en resolver el problema*", "*Esforzarse y tener éxito*", "*Preocuparse*", "*Falta de afrontamiento*", "*Ignorar el problema*", "*Autoinculparse*" y "*Buscar ayuda profesional*".

TABLA 4. Resultados obtenidos de las variables socio-demográficas.

Variables socio-demográficas		Adolescentes con EC		Adolescentes sanos	
Género	Femenino	n= 36	72%	n= 17	58,6%
	Masculino	n= 13	26%	n= 12	41,4%
	Otro	n= 1	2%	n= 0	0%
Edad	14	n= 9	18%	n= 8	27,6%
	15	n= 9	18%	n= 7	24,1%
	16	n= 15	30%	n= 6	20,7%
	17	n= 17	34%	n= 8	27,6%
Zona Comunidad de Madrid	Norte	n= 11	22%	n= 3	10,3%
	Centro	n= 11	22%	n= 4	13,8
	Este	n= 6	12%	n= 9	31%
	Oeste	n= 7	14%	n= 2	6,9%
	Sur	n= 15	30%	n= 11	37,9%
Padres divorciados	Sí	n= 10	20%	n= 7	24,1%
	No	n= 40	80%	n= 22	75,9%

TABLA 5. Resultados obtenidos en la variable 1 del estudio.

Variables de estudio		Adolescentes con EC		Adolescentes sanos		Chi cuadrado calculado	Chi cuadrado crítico
1. Buscar apoyo social	Nunca lo hago	n=3	6%	n=0	0%		
	Lo hago raras veces	n=6	12%	n=0	0%		
	Lo hago algunas veces	n=20	40%	n=9	31%		
	Lo hago a menudo	n=19	38%	n=14	48,3%		
	Lo hago con mucha frecuencia	n=2	4%	n=6	20,7%		
						11,13449393	9,487729037

En la primera variable (Tabla 5) se puede determinar que con un porcentaje del 48,3% de la cohorte de adolescentes sanos utilizan a menudo esta estrategia de afrontamiento en comparación con el porcentaje mayoritario de adolescentes con EC (40%) que la utilizan algunas veces. También es destacable el porcentaje de adolescentes con EC (6%) que no utilizan esta estrategia frente al porcentaje de adolescentes sanos que nunca la utilizan (0%).

El estadístico **Chi-cuadrado calculado** en esta variable, tiene un valor numérico de 11,13; al ser este número superior al valor del **Chi-cuadrado crítico**, siendo 9,48; se puede determinar

que existen diferencias significativas en esta estrategia de afrontamiento entre la cohorte de adolescentes con EC frente a adolescentes sanos. Por lo tanto, se puede afirmar que el grupo de cohorte de adolescentes sanos utiliza con mayor frecuencia esta estrategia frente a la cohorte de adolescentes con EC.

Con estos resultados se puede afirmar que los adolescentes con EC buscan menos apoyo social que los adolescentes sanos con respecto a los porcentajes anteriormente detallados.

En la segunda estrategia de afrontamiento (Tabla 6) se quiere destacar que un 58,6% de adolescentes sanos utiliza la estrategia a me-

TABLA 6. Resultados obtenidos en la variable 2 del estudio.

Variables de estudio		Adolescentes con EC		Adolescentes sanos		Chi cuadrado calculado	Chi cuadrado crítico
2. Concentrarse en resolver el problema	Nunca lo hago	n=0	0%	n=1	3,4%		
	Lo hago raras veces	n=9	18%	n=3	10,3%		
	Lo hago algunas veces	n=19	38%	n=8	27,6%		
	Lo hago a menudo	n=21	42%	n=10	34,5%		
	Lo hago con mucha frecuencia	n=1	2%	n=7	24,1%		
						12,16180314	9,487729037

TABLA 7. Resultados obtenidos en la variable 3 del estudio.

Variables de estudio		Adolescentes con EC		Adolescentes sanos		Chi cuadrado calculado	Chi cuadrado crítico
3. Esforzarse y tener éxito	Nunca lo hago	n=0	0%	n=0	0%		
	Lo hago raras veces	n=2	4%	n=3	10,3%		
	Lo hago algunas veces	n=20	40%	n=7	24,1%		
	Lo hago a menudo	n=23	46%	n=13	44,8%		
	Lo hago con mucha frecuencia	n=5	10%	n=6	20,7%		
						4,030467549	9,487729037

nudo (34,5%) y con mucha frecuencia (24,1%) frente a los adolescentes con EC que la utilizan en un 44% en estos mismos indicadores anteriormente mencionados.

El estadístico **Chi-cuadrado calculado** en esta variable, tiene un valor numérico de 12,16. Al ser este número superior al valor del **Chi-cuadrado crítico**, siendo 9,48; se puede determinar que existen diferencias significativas en esta estrategia de afrontamiento entre la cohorte de adolescentes con EC frente a adolescentes sanos. Por lo tanto, se puede afirmar que el grupo de cohorte de adolescentes sanos utiliza con mayor frecuencia esta estrategia frente a la cohorte de adolescentes con EC, estimándose que los adolescentes sanos utilizan en mayor medida la estrategia de concentrarse en resolver un problema.

Respecto a la tercera variable “*Esforzarse y tener éxito*” (Tabla 7), se ha querido destacar que ambas cohortes tienen un 0% de resultados ante el indicador nunca lo hago en esta estrate-

gia de afrontamiento. También, se destaca que la cohorte de adolescentes con EC con el mayor porcentaje (46%) utilizan esta estrategia a menudo y la cohorte de adolescentes sanos en un 44,8% la utilizan a menudo. De esta manera, se puede estimar que esta estrategia es utilizada por ambas cohortes de manera similar.

El estadístico **Chi-cuadrado calculado** en esta variable, tiene un valor numérico de 4,03. Al ser este número inferior al valor del **Chi-cuadrado crítico**, siendo 9,48; se puede determinar que no existen diferencias significativas en el uso de esta estrategia de afrontamiento entre ambas cohortes.

Por lo tanto, se puede afirmar que el grupo de cohorte de adolescentes sanos utiliza esta estrategia (*Esforzarse y tener éxito*) de manera similar frente a la cohorte de adolescentes con EC.

Por otro lado, en la cuarta variable de la investigación (Tabla 8) se destacaría un porcentaje mayoritario del 64% en la cohorte de adolescentes con EC en el indicador lo hago a menudo

TABLA 8. Resultados obtenidos en la variable 4 del estudio.

Variables de estudio		Adolescentes con EC		Adolescentes sanos		Chi cuadrado calculado	Chi cuadrado crítico
4. Preocuparse	Nunca lo hago	n=0	0%	n=0	0%		
	Lo hago raras veces	n=0	0%	n=0	0%		
	Lo hago algunas veces	n=8	16%	n=4	13,8%		
	Lo hago a menudo	n=32	64%	n=13	44,8%		
	Lo hago con mucha frecuencia	n=10	20%	n=12	41,4%		
						4,255818878	9,487729037

TABLA 9. Resultados obtenidos en la variable 8 del estudio.

Variables de estudio		Adolescentes con EC		Adolescentes sanos		Chi cuadrado calculado	Chi cuadrado crítico
8. Falta de afrontamiento	Nunca lo hago	n=0	0%	n=1	3,4%		
	Lo hago raras veces	n=30	60%	n=15	51,7%		
	Lo hago algunas veces	n=14	28%	n=12	41,4%		
	Lo hago a menudo	n=6	12%	n=1	3,4%		
	Lo hago con mucha frecuencia	n=0	0%	n=0	0%		
						4,458006821	9,487729037

TABLA 10. Resultados obtenidos en la variable 11 del estudio.

Variables de estudio		Adolescentes con EC		Adolescentes sanos		Chi cuadrado calculado	Chi cuadrado crítico
11. Ignorar el problema	Nunca lo hago	n=22	44%	n=5	17,2%		
	Lo hago raras veces	n=25	50%	n=18	62,1%		
	Lo hago algunas veces	n=3	6%	n=5	17,2%		
	Lo hago a menudo	n=0	0%	n=1	3,4%		
	Lo hago con mucha frecuencia	n=0	0%	n=0	0%		
						8,351060694	9,487729037

y un porcentaje del 44,8% en la cohorte de adolescentes sanos en el mismo indicador. Con los datos mencionados en el párrafo anterior se destaca que ambas cohortes se preocupan en porcentajes muy similares.

El estadístico **Chi-cuadrado calculado** en esta variable, tiene un valor numérico de 4,25. Al ser este número inferior al valor del **Chi-cuadrado crítico**, siendo 9,48; se puede determinar que no existen diferencias significativas en el uso de

esta estrategia de afrontamiento entre ambas cohortes.

Por lo tanto, se puede afirmar que el grupo de cohorte de adolescentes con EC se preocupa de manera similar frente a la cohorte de adolescentes sanos.

En la variable "*Falta de afrontamiento*" (Tabla 9) se puede determinar la coincidencia entre ambas cohortes con un porcentaje del 0% que utilizan esta estrategia con mucha frecuencia.

TABLA 11. Resultados obtenidos en la variable 12 del estudio.

Variables de estudio		Adolescentes con EC		Adolescentes sanos		Chi cuadrado calculado	Chi cuadrado crítico
12. Autoinculparse	Nunca lo hago	n=9	18%	n=4	13,8%		
	Lo hago raras veces	n=27	54%	n=17	58,6%		
	Lo hago algunas veces	n=14	28%	n=6	20,7%		
	Lo hago a menudo	n=0	0%	n=2	6,9%		
	Lo hago con mucha frecuencia	n=0	0%	n=0	0%		
						4,10348517	9,487729037

TABLA 12. Resultados obtenidos en la variable 16 del estudio.

Variables de estudio		Adolescentes con EC		Adolescentes sanos		Chi cuadrado calculado	Chi cuadrado crítico
16. Buscar ayuda profesional	Nunca lo hago	n=0	0%	n=0	0%		
	Lo hago raras veces	n=11	22%	n=2	6,9%		
	Lo hago algunas veces	n=21	42%	n=11	37,9%		
	Lo hago a menudo	n=17	34%	n=13	44,8%		
	Lo hago con mucha frecuencia	n=1	2%	n=3	10,3%		
						5,710325707	9,487729037

Se quiere destacar que tanto adolescentes con EC como adolescentes sanos utilizan esta estrategia raras veces en un 60% y un 51,7% respectivamente. Por lo tanto, habría coincidencia en el uso de esta estrategia en ambas cohortes. El estadístico **Chi-cuadrado calculado** en esta variable, tiene un valor numérico de 4,45. Al ser este número inferior al valor del **Chi-cuadrado crítico**, siendo 9,48; se puede determinar que no existen diferencias significativas en el uso de esta estrategia de afrontamiento entre ambas cohortes.

Por otro lado, en esta variable (Tabla 10) se observa que dentro de la cohorte de adolescentes con EC utilizan esta estrategia raras veces en un 50%, frente al grupo de adolescentes celíacos que la utilizan raras veces en un 62,1%. Se puede observar que es más alto el porcentaje de adolescentes celíacos que de forma general (94%) no ignoran el problema nunca (44%) o raras veces (50%) con respecto al grupo de sanos con un porcentaje general de 79,3% que nunca (17,2%) o raras veces (62,1%) lo ignoran.

Sin embargo, el estadístico **Chi-cuadrado cal-**

culado en esta variable, tiene un valor numérico de 8,35; siendo inferior al valor del **Chi-cuadrado crítico** (9,48). Esto se traduce en que no existen diferencias significativas en el uso de esta estrategia de afrontamiento entre ambas cohortes (adolescentes con EC y sanos ignoran el problema de forma similar).

Respecto a la variable "Autoinculparse" (Tabla 11), se puede destacar que la cohorte de adolescentes con EC utiliza esta estrategia raras veces con un 54% con respecto a la cohorte de adolescentes sanos que la utilizan raras veces con un 58,6%. Estos porcentajes son muy parecidos, por lo tanto, se podría estimar que ambos grupos utilizan esta estrategia raras veces coincidiendo en datos numéricos.

El estadístico **Chi-cuadrado calculado** en esta variable, tiene un valor numérico de 4,10. Al ser este número inferior al valor del **Chi-cuadrado crítico** (9,48), se puede determinar que no existen diferencias significativas en el uso de esta estrategia de afrontamiento (**Autoinculparse**) entre ambas cohortes.

Para finalizar, se ha observado que la variable "*Buscar ayuda profesional*" (Tabla 12) es utilizada por ambas cohortes de manera diferente; en el grupo de adolescentes con EC se utiliza esta estrategia de afrontamiento algunas veces (42%) con un porcentaje mayoritario, frente al grupo de adolescentes sanos que la utilizan a menudo (44,8%).

Sin embargo, el estadístico **Chi-cuadrado calculado** en esta variable, tiene un valor numérico de 5,71. Como este número es inferior al valor del **Chi-cuadrado crítico** (9,48), se afirma que no existen diferencias significativas en el uso de esta estrategia de afrontamiento; es decir ambas cohortes buscan ayuda profesional en la misma proporción.

5. Discusión y conclusiones

La utilización de la escala de afrontamiento para adolescentes (ACS) de Frydenberg y Lewis, ha permitido la recogida de datos pertinentes para el análisis de las variables de estudio en las dos cohortes de investigación. Con estos resultados se han podido observar las diferencias en las estrategias de afrontamiento de cada cohorte.

Los resultados obtenidos en la investigación demuestran que hay variables analizadas en las que existen diferencias significativas frente a otras en las que no existen diferencias.

Por ejemplo, variables como "*Buscar apoyo social*" y "*Concentrarse en resolver el problema*" han demostrado tener diferencias significativas. Se trata de estrategias de afrontamiento mayormente utilizadas por la cohorte de adolescentes sanos frente a la cohorte de adolescentes con EC.

No obstante, las otras variables estudiadas no muestran diferencias significativas en el análisis, destacando que las mismas estrategias son utilizadas en la misma medida por ambas cohortes estudiadas.

Por lo tanto, de manera global son más las estrategias de afrontamiento estudiadas que no comportan evidencia significativa frente a las que sí tienen evidencia.

Debido a lo mencionado anteriormente, existe la necesidad de continuar con la realización

de investigaciones más exhaustivas con una muestra más amplia para poder observar si realmente existen diferencias en las estrategias de afrontamiento de ambas cohortes.

También, sería interesante la realización de diversas intervenciones de enfermería como líneas futuras de investigación, enfocadas sobre todo a la promoción de estrategias de afrontamiento en adolescentes y a la adhesión a la dieta sin gluten.

6. Consideraciones éticas

Una vez elaborado el diseño del proyecto, se ha enviado al Comité de Ética e Investigación del Hospital 12 de Octubre para la aceptación del mismo. Una vez conseguido lo anterior, se ha pedido colaboración y permiso a la *Asociación de celíacos y sensibles al gluten de la Comunidad de Madrid* para la obtención de la muestra de adolescentes celíacos.

Asimismo, tanto el investigador principal como cada persona colaboradora y que participe en el estudio han firmado un consentimiento informado en formato online en el que se respetarán los datos obtenidos mediante la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y garantía de los Derechos digitales [34] y el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos) [35].

La recogida de datos del estudio se ha realizado de forma anónima como se ha explicado anteriormente, sin incluir nombre ni apellidos, para que en todo momento se respete el anonimato y esté presente la protección de los datos debida.

Tanto el consentimiento como el estudio de investigación están basados en los principios éticos fundamentales de *no maleficencia, beneficencia, autonomía y justicia*; para que de esta manera se respeten los datos de las personas que participen en el estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Sanz-Carrillo, C. (1999). Estrés y hospitalización: aspectos psicológicos e intervención. Madrid: UNED-FUE.
2. Compas B, Jaser S, Dunn M, et al. Afrontar las enfermedades crónicas en la infancia y la adolescencia. *Psicología Clínica*. 2012; 8: 445-480.
3. Vázquez Valverde C, Crespo López M, Ring JM. Estrategias de afrontamiento. En A. Bulbena Vilarrasa, G. E. Berrios & P. Fernández de Larrinoa Palacios, *Medición clínica en psiquiatría y psicología*. Barcelona (31):425-435.
4. Solís Manrique C, Vidal Miranda A. Estilos y estrategias de afrontamiento en adolescentes. *Rev psiqu y salud mental Hermilio Valdizan*. 2006; 7 (1): 33-39.
5. Urzúa Morales A, Jarne Esparcia A. Calidad de vida y estilos de afrontamiento en personas con patologías crónicas. *Interam J Psychol*. 2008, 42 (1): 151-160. Disponible en: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rip/v42n1/v42n1a16.pdf>
6. Caridad Serrano A. Estudio de casos sobre afrontamiento familiar ante enfermedades crónicas en niños y adolescentes. *Revista electrónica de psicología Iztacala*. 2015; 18 (2). Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2015/epi152l.pdf>
7. Flores-Carvajal D, Urzúa Morales A. Propuesta de evaluación de estrategias de afrontamiento ante la enfermedad crónica en adolescentes. *Rev Chil Pediatr*. 2016; 87 (3): 169-174. Disponible en: <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0370410615002053?token=783E47B3252C4D361B83992B3A21BDA77501B8DC0FD4A4DE84E17B0B41DCE90E95B09585A53ED7F8D21CD9D7880C6CB3&originRegion=eu-west-1&originCreation=20211116174730>
8. Russo C, Lobo R, Leichter H. Impacto del diagnóstico y manejo de la enfermedad celíaca de un niño en la familia. *Dig Dis Sci*. 2020; 10: 2959-2969. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32415563/>
9. Skjerning H, Oh Mahony R, Husby S. Calidad de vida relacionada con la salud en niños y adolescentes con enfermedad celíaca: datos impulsados por pacientes a partir de entrevistas de grupos focales. *Qual life res*. 2014; 23: 1883-94. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24445753/>
10. Castellano Barca G. El adolescente y su entorno. *Ped integr. Cantabria*. 2013; 17 (2): 109-116. Disponible en: <https://www.pediatrintegral.es/numeros-antiores/publicacion-2013-03/el-adolescente-y-su-entorno/>
11. Allen B, Waterman H. Etapas de la adolescencia. American Academy of Pediatrics. 2019. [Citado el 11 de noviembre de 2021]. Disponible en: https://www.healthychildren.org/Spanish/ages-stages/teen/Paginas/Stages-of-Adolescence.aspx?gclid=EAlalQobChMI8r36-oKb9AIVBp3VCh3ibQYQEAMYAIAAEgJXPfD_BwE
12. Polanco Allué I. Enfermedad celíaca. *Rev Lab Clín*. 2014; 7 (4): 141-144. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1888400814000695>
13. Wagner G, Zeiler M, Grylli V. Enfermedad celíaca en la adolescencia: estrategias de afrontamiento y factores de personalidad que inciden en el cumplimiento de la dieta sin gluten. *Appetite*. 2016; 1: 55-61. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26924559/>
14. Navalón Ramon E, Juan Garcia Y, Pinzón Rivadeneira A. Prevalencia y características de la enfermedad celíaca en la fachada mediterránea peninsular. Valencia. *Semerger*. 2016; 42 (8): 514-522. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-familia-semerger-40-articulo-prevalenciaca-racteristicas-enfermedad-celiaca-fachada-S1138359315003317>
15. Sierra M, Hernanz N. Enfermedad celíaca. Elsevier. 2020; 13 (1): 9-15. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541220300020>
16. Faccio D. Manual ilustrado del singlutenista. 3ª Ed. 2020
17. Moscoso F, Quera R. Enfermedad celíaca: revisión. *Rev méd clín Las Condes*. 2015; 26, (5): 613-627. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864015001261>
18. Nutrición Hospitalaria. 2020; 37 (5). [Citado el 4 de enero de 2021]. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-16112020000700023

19. López García EP. La enfermedad del siglo XXI: Celiacía en el niño . Rev. enferm. CyL. 2017; 9 (1).
20. Herdman H, Kamitsuru S, NANDA International. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación 2021-2023. Elsevier (Septiembre). 2021; 12ª Ed. [Citado el 3 de enero de 2022]. Disponible en: <https://www.nnnconsult.com>
21. Ortiz M. Estrés, estilo de afrontamiento y adherencia al tratamiento de adolescentes diabéticos tipo 1. *Terap Psicol.* 2006; 24 (2): 139-148. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/785/78524203.pdf>
22. Iturralde E, Weissberf-Benchell J, Hood KK. Avoidant coping and diabetes-related distress: pathways to adolescents' type I Diabetes outcomes. *Health Psychol.* 2017; 36(3): 236-244. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7302678/>
23. Jaser SS, Patel N, Xu M, Tamborlane WV, Grey M. Stress and coping predicts adjustment and glycemic control in adolescents with type 1 Diabetes. *Ann Behav Med.* 2017; 51(1): 30-38. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5253083/>
24. Jaser SS, Faulkner MS, Whittemore R, Jeon S, Murphy K, Delamater A, et al. Coping, self-management, and adaptation in adolescents with tipe 1 Diabetes. *Ann Behav Med.* 2012; 43(3): 311-319. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3350612/>
25. Jaser SS, White LE. Coping and resilience in adolescents with type 1 Diabetes. *Child Care Health Dev.* 2011 May; 37(3): 335-342. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3134245/>
26. Ortigosa JM, Méndez FX, Riquelme A. Afrontamiento psicológico de los procedimientos médicos invasivos y dolorosos aplicados para el tratamiento del cáncer infantil y adolescente: la perspectiva cognitivo-conductual. *Psicooncología.* 2009; 6(2-3): 413-428.
27. Desjardins L, Rodriguez E, Madeline Dunn, Bemis H, Murphy L, Manring S, et al. Coping and social adjustment in pediatric oncology: from diagnosis to 12 months. *J Pediatr Psychol.* 2020; 45 (10): 1199-1207. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7588103/>
28. Compas BE, Desjardins L, Vannatta K, Young - Saleme T, Rodriguez EM, Dunn M, et al. Children and adolescents coping with cancer: self - and parent reports of coping and anxiety/ depression. *Health Psychol.* 2014; 33(8): 853-861. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4241756/>
29. Rojas M, Oyarzún A, Ayala J , Araya M. Calidad de vida relacionada a la salud en niños y adolescentes con enfermedad celíaca. *Rev chil pediatr.* Santiago. 2019; 90 (6). Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0370-41062019000600632&script=sci_arttext
30. Cabañero MA. Calidad de vida de los adolescentes afectados de enfermedad celíaca. Univ de Murcia. 2009. Disponible en: <https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/10680/1/CabaneroPisa.pdf>
31. Varela A. Estudio de la calidad de vida en niños y adultos de Galicia con enfermedad celíaca. Universidad de Santiago de Compostela. 2013. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=121872>
32. Instituto nacional de estadística. Nacionales, por comunidades autónomas y provincias. Tablas comparadas de comunidades autónomas y provincias. 2022. Disponible en: <https://www.ine.es/jaxiT3/Datos.htm?t=36780>
33. Canessa, B. Adaptación psicométrica de las Escalas de Afrontamiento para adolescentes de Frydenberg y Lewis en un grupo de escolares de Lima Metropolitana. 2002. Persona, 191- 233.
34. Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y garantía de derechos digitales. España: Jefatura del estado; 2018.
35. Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos). Parlamento Europeo y Consejo de la Unión Europea. Europa: Parlamento Europeo y Consejo de la Unión Europea; 2016.

ANEXO 1. Consentimiento informado

Estoy realizando un estudio de investigación para obtener información acerca del afrontamiento de la enfermedad celíaca en adolescentes. Para llevar a cabo este proyecto necesito de tu colaboración, es totalmente voluntario y el tratamiento de los datos obtenidos se realizará respetando la Ley de Protección de datos, de forma anónima.

☐ Doy mi consentimiento en la participación del estudio.

ANEXO 2. Cuestionario para la recogida de datos

Datos socio-demográficos

Edad:

☐ 14 ☐ 15 ☐ 16 ☐ 17

Género:

☐ Femenino ☐ Masculino ☐ Otros

Zona de la Comunidad de Madrid:

☐ Norte ☐ Sur ☐ Centro ☐ Este ☐ Oeste

Padres separados:

☐ Sí ☐ No

¿Tienes enfermedad celíaca?

☐ Sí ☐ No

ANEXO 3. Escala de Afrontamiento para Adolescentes (ACS)

Los estudiantes suelen tener ciertas preocupaciones o problemas sobre temas diferentes, como la escuela, el trabajo, la familia, los amigos, el mundo en general, etc. En este cuestionario encontrarás una lista de formas diferentes con las que la gente de tu edad suele encarar una gama amplia de problemas o preocupaciones. Deberás indicar, marcando la letra correspondiente, las cosas que tú sueles hacer para enfrentarte a esos problemas o dificultades. En cada afirmación debes marcar con una "X" sobre la letra A, B, C, D o E según creas que es tu manera de reaccionar o de actuar frente a los problemas. No hay respuestas correctas o erróneas. No dediques mucho tiempo a cada frase; simplemente responde lo que crees que se ajusta mejor a tu forma de actuar.

- Nunca lo hago A (1)
- Lo hago raras veces B (2)
- Lo hago algunas veces C (3)
- Lo hago a menudo D (4)
- Lo hago con mucha frecuencia E (5)

Por ejemplo, si *algunas veces* te enfrentas a tus problemas mediante la acción de “Hablo con otros para saber lo que ellos harían si tuviesen el mismo problema”, deberías marcar la C como se indica a continuación:

1	Hablo con otros para saber lo que ellos harían si tuviesen el mismo problema	A	B	C	D	E
2	Me dedico a resolver lo que está provocando el problema	A	B	C	D	E
3	Sigo con mis tareas como es debido	A	B	C	D	E
4	Me preocupo por mi futuro	A	B	C	D	E
5	Me reúno con mis amigos más cercanos	A	B	C	D	E
6	Trato de dar una buena impresión en las personas que me importan	A	B	C	D	E
7	Espero que me ocurra lo mejor	A	B	C	D	E
8	Como no puedo hacer nada para resolver el problema, no hago nada	A	B	C	D	E
9	Me pongo a llorar y/o gritar	A	B	C	D	E
10	Organiza una acción en relación con mi problema	A	B	C	D	E
11	Escribo una carta a una persona que siento que me puede ayudar con mi problema	A	B	C	D	E
12	Ignoro el problema	A	B	C	D	E
13	Ante los problemas, tiendo a criticarme	A	B	C	D	E
14	Guardo mis sentimientos para mí solo(a)	A	B	C	D	E
15	Dejo que Dios me ayude con mis problemas	A	B	C	D	E
16	Pienso en aquéllos que tienen peores problemas, para que los míos no parezcan tan graves	A	B	C	D	E
17	Pido consejo a una persona que tenga más conocimiento que yo	A	B	C	D	E
18	Encuentro una forma de relajarme, como oír música, leer un libro, tocar un instrumento musical, ver la televisión, etc.	A	B	C	D	E
19	Practico un deporte	A	B	C	D	E
20	Hablo con otros para apoyarnos mutuamente	A	B	C	D	E
21	Me dedico a resolver el problema utilizando todas mis capacidades	A	B	C	D	E
22	Sigo asistiendo a clases	A	B	C	D	E
23	Me preocupo por buscar mi felicidad	A	B	C	D	E
24	Llamo a un(a) amigo(a) íntimo(a)	A	B	C	D	E
25	Me preocupo por mis relaciones con los demás	A	B	C	D	E
26	Espero que un milagro resuelva mis problemas	A	B	C	D	E
27	Frente a los problemas, simplemente me doy por vencido(a)	A	B	C	D	E
28	Intento sentirme mejor bebiendo alcohol, fumando o tomando drogas	A	B	C	D	E
29	Organizo un grupo que se ocupe del problema	A	B	C	D	E
30	Decido ignorar conscientemente el problema	A	B	C	D	E
31	Me doy cuenta que yo mismo(a) me complico la vida frente a los problemas	A	B	C	D	E
32	Evito estar con la gente	A	B	C	D	E

33	Pido ayuda y consejo para que se resuelvan mis problemas	A	B	C	D	E
34	Me fijo en el aspecto positivo de las cosas y trato de pensar en las cosas buenas	A	B	C	D	E
35	Busco ayuda o consejo de un profesional para resolver los problemas	A	B	C	D	E
36	Salgo y me divierto para olvidar mis dificultades	A	B	C	D	E
37	Realizo ejercicios para mantenerme en forma y con buena salud	A	B	C	D	E
38	Busco ánimo en otras personas	A	B	C	D	E
39	Considero otras puntos de vista y trato de tenerlos en cuenta	A	B	C	D	E
40	Trabajo intensamente (Trabajo duro)	A	B	C	D	E
41	Me preocupo por lo que está pasando	A	B	C	D	E
42	Empiezo, o si ya existe, mejoro la relación con mi enamorado(a)	A	B	C	D	E
43	Trato de adaptarme a mis amigos	A	B	C	D	E
44	Espero que el problema se resuelva por si sólo	A	B	C	D	E
45	Me pongo mal (Me enfermo)	A	B	C	D	E
46	Culpo a los demás de mis problemas	A	B	C	D	E
47	Me reúno con otras personas para analizar el problema	A	B	C	D	E
48	Saco el problema de mi mente	A	B	C	D	E
49	Me siento culpable por los problemas que me ocurren	A	B	C	D	E
50	Evito que otros se enteren de lo que me preocupa	A	B	C	D	E
51	Leo la Biblia o un libro sagrado	A	B	C	D	E
52	Trato de tener una visión positiva de la vida	A	B	C	D	E
53	Pido ayuda a un profesional	A	B	C	D	E
54	Me doy tiempo para hacer las cosas que me gustan	A	B	C	D	E
55	Hago ejercicios físicos para distraerme	A	B	C	D	E
56	Hablo con otras personas sobre mi problema para que me ayuden a salir de él	A	B	C	D	E
57	Pienso en lo que estoy haciendo y por qué lo hago	A	B	C	D	E
58	Busco tener éxito en las cosas que estoy haciendo	A	B	C	D	E
59	Me preocupo por las cosas que me puedan pasar	A	B	C	D	E
60	Trato de hacerme amigo(a) íntimo(a) de un chico o de una chica	A	B	C	D	E
61	Trato de mejorar mi relación personal con los demás	A	B	C	D	E
62	Sueño despierto que las cosas van a mejorar	A	B	C	D	E
63	Cuando tengo problemas, no sé cómo enfrentarlos	A	B	C	D	E
64	Ante los problemas, cambio mis cantidades de lo que como, bebo o duermo	A	B	C	D	E
65	Me reúno con las personas que tienen el mismo problema que yo	A	B	C	D	E
66	Cuando tengo problemas, me aislo para poder evitados	A	B	C	D	E
67	Me considero culpable de los problemas que me afectan	A	B	C	D	E
68	Ante los problemas, evito que otros sepan cómo me siento	A	B	C	D	E

69	Pido a Dios que cuide de mí	A	B	C	D	E
70	Me siento contento(a) de cómo van las cosas	A	B	C	D	E
71	Hablo acerca del problema con personas que tengan más experiencia que yo	A	B	C	D	E
72	Consigo apoyo de otros, como de mis padres o amigos, para solucionar mis problemas	A	B	C	D	E
73	Pienso en distintas formas de enfrentarme al problema	A	B	C	D	E
74	Me dedico a mis tareas en vez de salir	A	B	C	D	E
75	Me preocupo por el futuro del mundo	A	B	C	D	E
76	Procuro pasar más tiempo con la persona con quien me gusta salir	A	B	C	D	E
77	Hago lo que quieren mis amigos	A	B	C	D	E
78	Me imagino que las cosas van a ir mejor	A	B	C	D	E
79	Sufro dolores de cabeza o de estómago	A	B	C	D	E
80	Encuentro una forma de aliviar la tensión; por ejemplo, llorar o gritar o beber o tomar drogas	A	B	C	D	E

ESTUDIOS DE REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Competencias y efectividad de la Enfermería del Trabajo en salud laboral: revisión narrativa

Competencies and effectiveness of occupational health nursing in workplace health: a narrative review

Alejandro Mayoral Buendía

Enfermero Especialista en Enfermería del Trabajo. Hospital Universitario de Getafe (Madrid).

FECHA DE RECEPCIÓN: 28/04/2025. FECHA DE ACEPTACIÓN: 08/09/2025. FECHA DE PUBLICACIÓN: 31/01/2026.

DOI: <https://doi.org/10.60108/ce.362>

Cómo citar este artículo: Mayoral Buendía, A., Competencias y efectividad de la Enfermería del Trabajo en salud laboral: revisión narrativa. Conocimiento Enfermero 31 (2026): 45-51.

Disponible en: <http://www.conocimientoenfermero.es>

RESUMEN

Introducción. La Enfermería del Trabajo es una especialidad reconocida en España desde el Real Decreto 450/2005. Su papel en la salud laboral es esencial para garantizar entornos de trabajo seguros y saludables, a través de competencias específicas recogidas en la Orden SAS/1348/2009. A pesar de su relevancia, existen dudas sobre su grado de desarrollo y efectividad en la práctica actual.

Objetivo. Conocer la efectividad de la Enfermería del Trabajo en el ámbito de la salud laboral, así como analizar el desarrollo de sus competencias profesionales según la evidencia científica reciente.

Resultados. Se seleccionaron y analizaron artículos publicados entre 2016 y 2025 en PubMed. Los estudios revisados destacan la importancia de competencias como la promoción de la salud, la gestión de riesgos, la asistencia en urgencias, el trabajo en equipo y la vigilancia de la salud. Sin embargo, las áreas de investigación y competencias legales/periciales presentan un menor grado de desarrollo. También se observa una variabilidad en la percepción de competencias en función del entorno profesional y la experiencia del personal.

Conclusión. La Enfermería del Trabajo desempeña un papel clave en la salud laboral, pero requiere un impulso en la formación, el desarrollo de competencias específicas y la producción científica. Es necesario fomentar la investigación y el apoyo institucional para consolidar su papel dentro del equipo de salud laboral.

Palabras clave: Enfermería del Trabajo; competencia profesional; rol de la enfermera; investigación en enfermería.

ABSTRACT

Introduction. Occupational Health Nursing has been a recognized specialty in Spain since Royal Decree 450/2005. Its role is crucial in ensuring safe and healthy workplaces through specific competencies defined in Order SAS/1348/2009. Despite its importance, questions remain about the effectiveness and development of this specialty in current practice.

Objective. To assess the effectiveness of Occupational Health Nursing in the field of workplace health, and to analyze the development of its professional competencies based on recent scientific evidence.

Results. Articles published between 2016 and 2023 were selected and reviewed from PubMed. The reviewed studies highlight key competencies such as health promotion, risk management, emergency care, teamwork, and health surveillance. However, research-related and legal/forensic competencies show a lower level of development. Perceptions of competence vary depending on professional settings and the nurses' experience.

Conclusion. Occupational Health Nursing plays a vital role in workplace health, but requires further support in training, development of specialized skills, and scientific output. Strengthening research efforts and institutional backing is necessary to reinforce its position within multidisciplinary occupational health teams.

Keywords: occupational health nursing; professional competence; nurse's role; nursing research.

1. Introducción

La Enfermería del Trabajo es una de las especialidades de enfermería, recogida en el Real Decreto 450/2005, sobre las especialidades de Enfermería, junto a las de Ginecología-Obstetricia, Pediatría, Geriatria, Salud Mental, Familiar-Comunitaria y Médico-Quirúrgica, ésta última, aún pendiente de desarrollar [1].

Para poder optar a una de las plazas ofertadas para estas especialidades, las personas con el diploma universitario o grado en enfermería deben superar una prueba anual, única y simultánea de carácter estatal. Tras ser adjudicadas las plazas ofertadas a los aspirantes, éstos deben incorporarse a las unidades docentes multidisciplinarias acreditadas para iniciar la formación, tanto teórica como práctica, durante un periodo de dos años como enfermeros internos residentes (EIR) [1,2].

En mayo de 2009, el BOE recoge la Orden SAS 1348/2009, por la que se aprueba y publica el programa formativo para la especialidad de Enfermería del Trabajo en España. En esta Orden SAS se recogen las competencias básicas y específicas que deben adquirir estos profesionales al final de su periodo formativo para dar respuesta al objetivo de realizar actividades propias encaminadas a prevenir, promover, proteger y restaurar la salud de la población trabajadora, a través del conocimiento y la evidencia científica disponible del momento [2].

En relación a las competencias básicas, de carácter transversal, se recogen [2]:

- La resolución de problemas en entornos nuevos o poco conocidos.
- La transmisión de información, ideas, problemas y soluciones.
- Integración de conocimientos en situaciones complejas, emitiendo juicios que sigan los principios deontológicos y éticos de la profesión.
- Habilidad de aprendizaje autodirigido o autónomo.

- La toma de decisiones fundamentadas en los principios éticos, conocimiento técnico y evidencia científica.
- La aplicación de sus conocimientos en los equipos de los que forme parte o desarrolle su actividad.

Por otro lado, las competencias específicas se clasifican en cinco áreas [2]:

- Preventiva.
- Asistencial.
- Legal y pericial.
- Gestión.
- Docente e investigadora.

El Enfermero Especialista en Enfermería del Trabajo, miembro del equipo que forma el Servicio de Prevención, con las competencias previamente mencionadas está capacitado para [2]:

- Diseñar, aplicar y coordinar los planes y programas de actuación preventiva.
- Realizar evaluaciones de factores de riesgo.
- Determinar las prioridades en el momento de adoptar medidas preventivas y su posterior evaluación.
- Informar y formar a la población trabajadora sobre factores de riesgos y hábitos saludables.
- Prestar asistencia en situaciones de primeros auxilios y planes de emergencia.
- Vigilar la salud de la población trabajadora a través de la aplicación de los protocolos de vigilancia específica de la salud.

1.1. Marco histórico

El Real Decreto 450/2005 y la Orden SAS 1348/2009, mencionados anteriormente, han supuesto una importante actualización de la Enfermería del Trabajo a los cambios socioculturales y tecnológicos que se han ido produciendo en la última década en el ámbito laboral [3].

Sin embargo, los primeros pasos de la Enfermería del Trabajo actual se dan bajo otra denominación, puesto que en la Orden de 21 de noviembre de 1959 por la que se aprueba el Reglamento de los Servicios Médicos de Empresa, conocida como OSME [4], se regula la figura del Ayudante Técnico Sanitario (en adelante ATS) del Trabajo o de Empresa a aquellos enfermeros que, tras realizar un curso específico en la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo, cuidaban a la población trabajadora en los centros y lugares de trabajo [3].

Las cinco funciones genéricas definidas por la OSME eran de carácter médico, fisiológico, psicológico, sanitario y formativo, dejando al ATS de Empresa bajo supervisión del médico de Empresa, misma relación que en el resto de las áreas de la sanidad española de ese periodo [3, 4].

La publicación posterior de la Ley General de Sanidad en 1986 [5], así como el Real Decreto 992/1997, que regula las especialidades enfermeras (aún sin incluir en ese momento la Enfermería del Trabajo) [6], la Ley 31/1995 sobre Prevención de Riesgos Laborales [7] y el Real Decreto 39/1997 por el que se establece el Reglamento de los Servicios de Prevención [8] han contribuido a la evolución de lo que hoy conocemos como Enfermería Especialista en Enfermería del Trabajo con un programa formativo y competencias establecidas [3].

1.2. Situación actual

Se estima que el total de profesionales que han retirado el título de Enfermería Especialista en Enfermería del Trabajo hasta 2020 asciende a 7.003 personas en base al Real Decreto 450/2005(9), tratándose de un número muy insuficiente para cubrir las demandas en materia de seguridad y salud de una población trabajadora que actualmente supera los veinte millones de personas [3,10].

Desde el año 2010, las plazas ofertadas para la especialidad de Enfermería del Trabajo en todo el territorio nacional no han superado las 18, hasta la convocatoria del año 2020 [3]. En ese año, consecuencia de la acreditación de numerosas unidades docentes para esta especialidad

en varias comunidades autónomas, entre las que destaca la Comunidad de Madrid, pasando de no tener unidades hasta 16 para ese año, la oferta de plazas se elevó hasta un total de 62 [3].

Estas cifras que se recogen distan mucho si las comparamos con los 500-600 “especialistas” al año que finalizaban el curso de ATS de Empresa en la Escuela Nacional de Medicina del Trabajo [3].

La pregunta de investigación que ha motivado la realización de este trabajo es la siguiente: ¿Existe un desarrollo efectivo de la Enfermería del Trabajo en el ámbito de la salud laboral en base a las evidencias disponibles en la actualidad?

2. Objetivos

Objetivo general

Conocer la efectividad de la Enfermería del Trabajo en el ámbito de la salud laboral en la actualidad.

Objetivos específicos

1. Conocer la situación actual de la Enfermería del Trabajo en el ámbito de la salud laboral y su influencia en la salud.
2. Describir las evidencias y novedades más relevantes publicadas en la actualidad de la Enfermería del Trabajo en el ámbito de la salud laboral.
3. Relacionar los aspectos más relevantes en la actualidad de la Enfermería del Trabajo en el ámbito de la salud laboral.
4. Analizar el papel de la enfermera en la Enfermería del Trabajo en el ámbito de la salud laboral.

3. Metodología

Se realizaron cuatro búsquedas en la base de datos Pubmed en el mes de febrero de 2025 aplicando filtros como la fecha de publicación e idioma, con el fin de seleccionar artículos que recogieran en el resumen del mismo las palabras clave “enfermería del trabajo” AND “competencias profesionales”.

Las búsquedas realizadas se muestran a continuación:

- Fecha de búsqueda: 10 de febrero de 2025.
Base de datos utilizada: Pubmed
Términos de **búsqueda 1**: Occupational health nursing AND professional competence.
Límites establecidos: Fecha de publicación: del 2018 a 2025. Idioma: español.
Artículos resultados de la búsqueda: 3. Artículos seleccionados: 2.
 - Fecha de búsqueda: 17 de febrero de 2025.
Base de datos utilizada: Pubmed
Términos de **búsqueda 2**: Occupational health nursing AND professional competence.
Límites establecidos: Fecha de publicación: año 2016
Artículos resultados de la búsqueda: 40. Artículos seleccionados: 1.
- Términos de **búsqueda 3**: Occupational health nursing AND professional competence.
Límites establecidos: Fecha de publicación: año 2017
Artículos resultados de la búsqueda: 27. Artículos seleccionados: 1.
- Fecha de búsqueda: 25 de febrero de 2025.
Base de datos utilizada: Pubmed
Términos de **búsqueda 4**: Occupational health nursing AND professional competence.
Límites establecidos: Fecha de publicación: año 2023
Artículos resultados de la búsqueda: 32. Artículos seleccionados: 1.

4. Resultados y discusión

Lallo et al, en su investigación de 2016, buscaron identificar prioridades entre las competencias de la práctica de los enfermeros del trabajo en Reino Unido, siendo el suyo, el primer estudio formal de este país.

Lallo et al, realizan un estudio Delphi modificado estructurado, en tres etapas con dos cuestionarios, tras consultar asociaciones y grupos de enfermeras del trabajo.

En relación a los resultados se reciben 48 respuestas en el primer cuestionario, siendo el grupo de mujeres el mayoritario (96%) con predominio del área sanitaria (48%), y 54 respuestas en el segundo cuestionario con participación mayor entre mujeres (94%) del ámbito industrial (51%).

Entre los doce dominios que se incluyeron en el primer cuestionario pueden destacarse los siguientes:

- Principios generales de evaluación y gestión de riesgos laborales para la salud.
- Evaluación de discapacidad y aptitud para el trabajo.
- Promoción de la salud.
- Cuestiones éticas y legales
- Gobernanza Clínica / mejora clínica.
- Habilidades de comunicación.
- Habilidades de trabajo en equipo y liderazgo.

Como dominio menos prioritario reseñar “métodos de búsqueda”.

En el segundo cuestionario, tras incluir subsecciones en los dominios, se obtuvieron como prioritarios:

- Buena atención clínica.
- Principios generales de evaluación y gestión de riesgos laborales para la salud y habilidades de comunicación.

“Métodos de investigación” fue el dominio menos importante en el segundo cuestionario, seguido de “Enseñanza y supervisión educativa” y “Promoción de la salud”. En relación al dominio “Promoción de la salud” se recogió en el apartado de comentarios varias circunstancias, como la falta de tiempo y recursos, que en la práctica lleva a los Enfermeros especialistas del Trabajo a relegar a un segundo plano esta actividad, por detrás de la vigilancia de la salud.

Kono et al, en su investigación cualitativa descriptiva publicada en 2017, define de forma distinta la competencia de los profesionales de Enfermería del Trabajo. Siguió la propuesta del Dr. David McClelland, por lo que excluyeron los conocimientos y habilidades que sí se tomaron en cuenta en otros artículos. Esta característica dificulta la comparación de los resultados con artículos relacionados.

Los datos se recopilaron a partir de entrevistas semiestructuradas e individuales con 8 enfermeras del trabajo entre los años 2010 y 2011. Resultado de estas entrevistas se concluyeron siete competencias básicas:

- Crecimiento personal.
- Perpetuación de la esencia de Enfermería del Trabajo
- Planificación estratégica y cumplimiento de deberes.
- Coordinación.
- Apoyo al crecimiento del cliente.
- Empoderamiento del equipo.
- Competencia creativa.

González Caballero realiza en 2014 un estudio observacional, descriptivo y transversal tras elaborar un cuestionario de 67 preguntas autoadministradas para conocer la variables sociodemográficas de la muestra incluida en su investigación, valoración de las competencias recogidas en las Orden SAS 1348/2009 y la percepción de las habilidades adquiridas por el profesional de Enfermería de Trabajo, éstas dos últimas mediante el uso de la escala Likert (siendo 0 nula importancia y 10 máxima importancia). El cuestionario que utiliza González Caballero es elaborado por un grupo de expertos que pertenecen a diferentes asociaciones y ámbitos, junto a especialistas independientes siguiendo la metodología de Moriyama. Por último, se realizan una serie de revisiones por unidades de investigación y de apoyo clínico que pertenecen a centros hospitalarios madrileños entre otros, definiendo como variable estadísticamente significativa $p < 0,05$.

Tras lanzar el cuestionario a través de sociedades profesionales específicas de la especialidad de Enfermería del Trabajo y de otras disciplinas afines, González Caballero recopiló 324 respuestas (16,32%), siendo el 67,28% de mujeres y el 32,72% de hombres.

En relación a los datos obtenidos en los cuestionarios para las competencias destacan:

En el *área preventiva* por su importancia profesional: “Incrementar el nivel de salud del trabajador mediante la promoción, prevención de riesgos y formación de los trabajadores” con media de 9,04 y desviación estándar 1,53 y,

“Realizar campañas de promoción de salud y fomentar una cultura preventiva” con media de 8,9 y desviación estándar 1,48.

En el *área preventiva* por su grado de desarrollo: “Realizar campañas de promoción de salud y fomentar una cultura preventiva” con media de 6,45 y desviación estándar 2,59.

En el *área asistencial*, se confiere una gran importancia profesional a “identificar problemas de salud laboral reales o potenciales” con media de 9,04 y desviación estándar de 1,29 y por su grado de desarrollo a “Prestar atención de urgencia y emergencia en el centro de trabajo donde realice su actividad” con media 6,95 y desviación estándar 3,27.

En relación al *área legal y pericial*, se otorga entre los especialistas importancia profesional a “Detectar y valorar en el ámbito competencial de Enfermería el estado de salud que sea susceptible de cambios de puesto de trabajo” con media de 8,51 y desviación estándar 1,79 y por su grado de desarrollo es esta misma con media de 5,27 y desviación de 3,05 en comparación con las demás de esta área.

Siguiendo con el *área de gestión*, destacar la competencia “Gestionar un sistema de registro que asegure la confidencialidad de los datos de acuerdo con lo previsto en la legislación vigente”. Tanto por la importancia profesional que se otorga (media de 9,14 y desviación de 1,46) como por su grado de desarrollo (media de 7,64 y desviación 2,75), incluso mayores que las competencias reseñadas de prevención y asistencial.

En el ámbito de la *docencia e investigación*, destaca sobre el resto de competencias “Informar y formar a la población trabajadora, planificando, ejecutando y evaluando programas educativos según las necesidades detectadas individuales o grupales” tanto por su importancia profesional con media de 8,73, como por su grado de desarrollo con media de 5,95.

Por otro lado, cabe reseñar las competencias con el grado de desarrollo con medias más bajas como:

- Valorar pericialmente en el ámbito competencial de Enfermería las consecuencias de la patología derivada del trabajo en la salud humana, en particular en el caso de las incapacidades (área legal y pericial).

- Valorar pericialmente en el ámbito competencial de Enfermería las consecuencias que tiene la patología común en el desarrollo de la actividad laboral (área legal y pericial).
- Asesorar y orientar en la gestión y tramitación de los expedientes de incapacidad ante los organismos competentes (área legal y pericial).
- Utilizar y mejorar instrumentos que permitan medir el resultado de las intervenciones enfermeras. (área de docencia e investigación).

Goz et al, en su reciente estudio tras aplicar el método Delphi en tres fases, con el consenso de un panel de expertos, proporciona información relevante sobre la Enfermería del Trabajo en Turquía.

En relación a las características demográficas de los 45 participantes, destaca el predominio de mujeres (62,2%), con una media de edad de 47 años y una antigüedad en el puesto de trabajo de 24 años de media. Siguiendo con las responsabilidades y competencias prioritarias de Enfermería del Trabajo se llegó a un consenso para:

- Cuidados básicos de enfermería.
- Recogida, análisis, gestión e intercambio de datos.
- Trabajo en equipo.
- Educación sanitaria y promoción de la salud (prevención primaria)
- Vigilancia de la salud.
- Participar en las emergencias y primeros auxilios.
- Integrarse como miembro activo en los equipos de seguridad y salud.
- Análisis de riesgos y precauciones necesarias.
- Actuar en función de la normativa legal de ámbito nacional e internacional.

5. Conclusiones

Tras realizar la discusión de los artículos seleccionados para conocer en qué situación está la Enfermería del Trabajo, y por ende su responsa-

bilidad y competencias, en el ámbito de la salud laboral se llega a las siguientes conclusiones:

1. La labor que desarrolla la Enfermería especializada del Trabajo en el mundo laboral va mucho **más allá de las competencias, habilidades y actitudes** que pueda adquirir y desarrollar.

La figura de la Enfermería del Trabajo dentro del equipo multi y pluridisciplinar es clave para un adecuado abordaje en la seguridad y salud de los trabajos. Aporta su perspectiva y evidencia para alcanzar el más alto nivel de bienestar en el plano físico, psicológico y social para los trabajadores a los que atiende desde su ámbito de influencia, el laboral.

2. Resulta necesario **seguir ampliando la base investigadora** en la especialidad.

En los artículos analizados se ha comprobado como aquellas competencias relacionadas con la investigación están menos desarrolladas que las tradicionales de prevención y asistencia [9, 11, 14]. En las últimas décadas, como consecuencia de los cambios socioeconómicos y laborales, envejecimiento de la población, inmigración y otros relacionados con distintas formas de trabajo, se han propiciado modificaciones en las prioridades en la investigación [3]. Así, estudios de coste-beneficio de intervenciones, la salud psicosocial y adaptaciones en personal discapacitado están en auge en la investigación de la Enfermería del Trabajo [3].

3. Impulsar vías de actuación desde las administraciones, instituciones y asociaciones para **estimular y dinamizar la investigación** de las Enfermeras del Trabajo.

Sin la investigación no se puede generar evidencia científica, lo que repercute de forma negativa directamente en la práctica clínica de la Enfermería del Trabajo [3]. Ésta podría ser una de las razones para que las asociaciones de enfermeras especialistas del trabajo de diversos ámbitos (nacional, europeo, etc.) apuesten por desarrollar proyectos de investigación, no solo con las profesionales que poseen la especialidad, también con las enfermeras especialistas en formación.

Es importante que las profesionales especialistas que se van a incorporar al ámbito laboral sientan el apoyo de las instituciones y se les proporcione las herramientas de investigación adecuadas para que puedan afrontar los retos y cambios que se esperan en el mundo laboral.

4. Promover un adecuado grado de desarrollo y concienciación de la importancia del área legal y pericial.

Los resultados que recoge en su estudio **González Caballero** para el área de legal y pericial son llamativos y preocupantes. Las puntuaciones con medias más bajas para el

grado de desarrollo pertenecen a esta competencia. Por otra parte, el autor también destaca algunos factores que han podido influir en sus resultados como las características y perfiles variados de los participantes (mayor pertenencia a servicios de prevención propio, accesibilidad a los profesionales a través de asociaciones, etc.).

Son necesarias varias investigaciones más amplias y profundas con el objetivo de analizar la situación actual del área pericial y legal de la Enfermería del Trabajo en España. De esta forma, si fuera necesario se podrían elaborar intervenciones para implantar desde el periodo formativo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Real Decreto 450/2005, de 22 de abril, sobre especialidades de enfermería. BOE núm. 108, de 6 de mayo de 2005.
2. Orden SAS/1348/2009, de 6 de mayo, por la que se aprueba y publica el programa formativo de la especialidad de Enfermería del Trabajo. BOE núm. 129, de 28 de mayo de 2009.
3. Romero Saldaña M., Moreno Pimentel AG, Santos Posada A., Enfermería del trabajo: competencia y experiencia para alcanzar la seguridad, la salud y el bienestar de la población laboral. *Enferm Clín.* 2019; 29 (6):376-380.
4. Orden de 21 de noviembre de 1959 por la se regula el Reglamento de los Servicios Médicos de Empresa. BOE núm.284, de 27 de septiembre de 1959.
5. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad. BOE núm.102, de 29 de abril de 1986.
6. Real Decreto 992/1987, de 3 de julio, por el que se regula la obtención del título de Enfermero especialista. BOE núm. 183, de 1 de agosto de 1987.
7. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales. BOE núm. 269, de 10 de noviembre de 1995.
8. Real Decreto 39/1997, de 17 de enero, por el que se aprueba el Reglamento de los Servicios de Prevención. BOE núm. 27, de 31 de enero de 1997.
9. González Caballero J. Estudio sobre las competencias profesionales de Enfermería del Trabajo en España. *Arch Prev Riesgos Labor.* 2020;23(1):34-51.
10. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de población activa. Trimestre 4/2022 [consultado 8 Ene 2023]. Disponible en: https://www.ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176918&menu=ultiDatos&idp=1254735976595
11. Laloo D, Demou E, Kiran S, Gaffney M, Stevenson M, Macdonald EB. Core competencies for UK occupational health nurses: a Delphi study. *Occup Med (Lond).* 2016 Nov 1;66(8):649-655.
12. Kono K, Goto Y, Hatanaka J, Yoshikawa E. Competencies required for occupational health nurses. *J Occup Health.* 2017 Nov 25;59(6):562-571.
13. Gok Metin Z, Yildiz AN. Update on occupational health nursing through 21st century requirements: a three-round Delphi study. *Nurse Educ Today.* 2023 Jan; 120:105657.

ESTUDIOS ORIGINALES

Satisfacción con la asignación de cama en un hospital de alta complejidad

Satisfaction with bed allocation in a tertiary care hospital

Carmen Guerra Pérez, Raquel Moral Martínez, Beatriz Nieves Plaza, Eva Vargas Rodríguez, Luz María Grados Prado, Cristina Saco Boceta

Graduadas en Enfermería. Hospital Universitario Ramón y Cajal (Madrid).

FECHA DE RECEPCIÓN: 15/12/2025. FECHA DE ACEPTACIÓN: 19/01/2026. FECHA DE PUBLICACIÓN: 31/01/2026.

DOI: <https://doi.org/10.60108/ce.381>

Cómo citar este artículo: Guerra Pérez, C. y otras, Satisfacción con la asignación de cama en un hospital de alta complejidad. Conocimiento Enfermero 31 (2026): 52-66.

Disponible en: <http://www.conocimientoenfermero.es>

RESUMEN

Introducción. Puede pensarse que el término “gestión de camas”, está referido a un objeto estructural, pero en realidad, está asociado a un complejo circuito de hospitalización. Toda la estrategia en el proceso de asignación de camas se encuentra completamente oculta para el paciente, no solo en el propio concepto, sino también en el desconocimiento de que dicho proceso depende de enfermeras y que son éstas, las primeras que le ofrecen cuidados, asignándole la ubicación más apropiada a sus necesidades.

Objetivos. Evaluar la satisfacción de los pacientes con la unidad de Gestión de Camas, analizar sus conocimientos sobre ella e identificar posibles mejoras en el funcionamiento de la misma.

Metodología. Se realizó un estudio observacional descriptivo, prospectivo, incluyendo pacientes adultos con ingreso programado, utilizando una encuesta auto diseñada, accesible mediante código QR.

Resultados. El 85% de los pacientes no tuvo que esperar a la asignación de cama. El 86% mantuvo la misma habitación durante el ingreso y si cambiaron, mejoraron su situación en el 66%. Más del 83% desconocen que existe nuestro departamento y que lo integran enfermeras. El 93% considera su grado de satisfacción con la asignación de cama como excelente o bueno.

Discusión. Aunque el grado de satisfacción recogido ha sido muy positivo en su mayoría, es necesario promover la interrelación de nuestro departamento con el paciente para que visualice el papel de la enfermera de Gestión de Camas y conseguir su implicación en el proceso administrativo de la hospitalización.

Palabras clave: satisfacción del paciente; gestión; camas; hospitalización.

ABSTRACT

Introduction. The term 'bed management' might initially suggest something structural, but in fact, it is linked to a complex system for handling hospital admissions. The entire strategy involved in the bed allocation process remains completely hidden to the patient, not only the concept itself but also the lack of awareness that this process depends on nurses, who as the first caregivers, assign the most appropriate location based on the patient's needs.

Objectives. To assess patient satisfaction with the Bed Management Unit, to analyze patients' awareness and understanding of its functions, and to identify potential areas for improvement in its functioning.

Methodology. A prospective, descriptive, observational study was conducted, including adult patients admitted with scheduled admissions. Data were collected using a self-designed survey accessible via a QR code.

Results. 85% of patients did not experience any delay in bed assignment. 86% remained in the same room throughout their hospital stay, and among those who were transferred, 66% reported an improvement in their accommodation.

More than 83% of respondents were unaware of the existence of the Bed Management Department and that it is staffed by nurses. 93% rated their satisfaction with the bed assignment process as excellent or good.

Discussion. Although the level of satisfaction collected has been very positive overall, it is necessary to promote greater interaction between our department and patients, so that the role of the Bed Management Nurse becomes more visible and patients become involved in the administrative process of hospitalization.

Keywords: patient satisfaction; management; beds; hospitalization.

1. Introducción

Garantizar la máxima satisfacción del paciente es fundamental para la prestación de servicios sanitarios de calidad, especialmente en hospitales de alta complejidad, donde la asignación de camas desempeña un papel crucial en la experiencia del paciente, ya que influye directamente en su comodidad en el acceso a la atención especializada.

La actividad de un hospital se mide con indicadores estructurales, de asistencia y de resultado, a los que han de unirse otros subjetivos, en los que se tenga en cuenta la experiencia del paciente atendido, mediante la recogida de información de sus expectativas sobre la asistencia recibida, así como de su grado de satisfacción con ella.

La gestión de las camas disponibles, es un valor fundamental para la administración de los recursos hospitalarios y los departamentos de Gestión de Camas son puntos de referencia imprescindibles para la Dirección de los hospitales, en la consecución de los objetivos del centro.

El término “gestión de camas”, amplía su actuación en una gran cantidad de procesos que, relacionados entre sí, dan forma a cada episodio de hospitalización.

En la búsqueda de la calidad como objetivo prioritario, nuestro departamento transforma el término y pasa a denominarlo “gestión de pacientes”, tratando cada caso de manera individualizada, facilitando el acceso del usuario (de una manera ágil y equitativa) a su proceso de hospitalización.

El departamento de Gestión de Camas distribuye razonablemente la utilización del recurso cama hospitalario, garantizando la ubicación más apropiada durante el ingreso, regulando y monitorizando, además, todo el circuito hasta la finalización del episodio.

Asumiendo también, el arbitraje y el reparto equilibrado de las cargas asistenciales entre

Servicios y Unidades de Enfermería, prioriza siempre las necesidades del paciente en la persecución de una estancia hospitalaria más confortable, que contribuya a la consecución de los mejores resultados en salud.

Sin embargo, toda esta estrategia en el proceso de asignación de camas se encuentra completamente oculta para el paciente, no solo en el propio concepto, sino también en el desconocimiento de que dicho proceso depende de enfermeras y que son éstas las primeras que le ofrecen cuidados, asignándole la ubicación más apropiada a sus necesidades, solventado, además, las incidencias que puedan producirse durante toda la hospitalización hasta el alta.

Es por ello que se plantea imprescindible, iniciar y promover la interrelación de los departamentos de Gestión de Camas con el paciente, consiguiendo su implicación en el proceso administrativo de hospitalización y hacerle partícipe y conocedor del funcionamiento hospitalario.

Esto generará, por otro lado, un mecanismo de retroalimentación que proporcionará al departamento, la percepción del paciente sobre nuestra contribución a su asistencia sanitaria, fomentando, además, la visualización de la figura enfermera de Gestión de Camas, como parte fundamental del proceso de hospitalización.

Los resultados obtenidos con este “feedback”, permitirán plantear futuras líneas de investigación con estudios relacionales entre los resultados en salud del paciente y su grado de satisfacción con el proceso de asignación de cama, cuyo objetivo principal, se dirige a la consecución de una asistencia sanitaria más amable en términos de humanización, pero también más eficiente en resultados en salud.

2. Objetivos

El objetivo principal de este estudio persigue evaluar la satisfacción del paciente con la asig-

nación de cama en su ingreso hospitalario, si bien hay dos objetivos accesorios de relevancia. El primero consiste en evaluar los conocimientos que el paciente tiene sobre el funcionamiento del departamento de Gestión de Camas, dándole por otro lado, las herramientas necesarias para conseguir que visualice la figura de la enfermera de Gestión de Camas, casi completamente desconocida para él. El segundo implica la evaluación de posibles mejoras en el funcionamiento del departamento de Gestión de Camas en base a la información obtenida con el estudio.

3. Metodología

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, prospectivo, en el Hospital Universitario Ramón y Cajal durante los meses junio a septiembre de 2025.

3.1. Diseño del estudio

En el estudio se incluyeron pacientes adultos con ingreso programado, utilizando una encuesta auto diseñada sobre satisfacción, de 19 preguntas (11 dicotómicas, 6 multirrespuesta, 2 abiertas), accesible mediante código QR. Sobre muestreo consecutivo de 579 pacientes, se analizaron variables sociodemográficas, clínicas, de adecuación y satisfacción, usando frecuencias absolutas y relativas para las cualitativas, medias y desviación estándar para cuantitativas y χ^2 para influyentes.

3.2. Criterios de inclusión y exclusión

Se incluyeron en el estudio, pacientes mayores de 18 años con ingreso hospitalario programado en el Hospital Universitario Ramón y Cajal.

Se excluyeron los pacientes con ingreso procedente de urgencias y los ingresos asignados a los Servicios de Hematología, Pediatría y Psiquiatría.

La exclusión de los pacientes con ingreso procedente de Urgencias, se debe a la limitación es-

tructural en el Hospital Universitario Ramón y Cajal respecto a la presencia de Enfermería de Admisión en turno de noches, fines de semana y festivos, momentos en los que la asignación de cama para los ingresos procedentes de Urgencias, es asumida por personal no sanitario y no adscrito a Gestión de Camas.

En cuanto a la exclusión de los servicios de Hematología, Pediatría y Psiquiatría, se basa en que, en estos servicios, la asignación del recurso cama no se realiza íntegramente por la Enfermería de Gestión de Camas debido a la particularidad de las unidades asociadas a los mismos.

3.3. Tamaño muestral

Atendiendo al total de los pacientes que acuden con ingreso programado durante un mes a la unidad de Gestión de Camas, con las características descritas anteriormente, asumiendo el 15% de pérdidas, con un nivel de confianza del 95%, una precisión del 3% y una proporción del 5%, obtuvimos un tamaño muestral de 579 pacientes.

3.4. Variables sociodemográficas

Entre las variables sociodemográficas se incluyeron la edad, el género (diferenciando entre hombre, mujer u otro), el nivel académico (diferenciando entre sin estudios, estudios de grado medio y estudios de grado superior) y el grado de dependencia (diferenciando entre independiente o con necesidad de ayuda para la realización de actividades de la vida diaria).

3.5. Variables clínicas

Se incluyeron en el estudio los pacientes con ingreso programado en los siguientes Servicios: Medicina Interna, Oncología, Urología, Traumatología, Cardiología, Neumología, Neurología, Gastroenterología, Neurocirugía, Cirugía Vascular, Nefrología, Enfermedades Infecciosas, Geriatria, Cirugía Maxilofacial, Cirugía Plástica, Oftalmología, Otorrinolaringología, Dermatolo-

gía, Ginecología, Reumatología, Endocrinología, Cirugía General y Digestiva, Alergología, Cirugía Cardíaca, Cirugía Torácica, Cardiología pediátrica en adultos, Cirugía Cardíaca pediátrica en adultos y Unidad del Dolor.

No se incluyeron los servicios en los que la enfermera de Gestión de Camas no realiza íntegramente la asignación del recurso, debido a la especialidad de las unidades asociadas (Oncología Radioterápica, Hematología, Pediatría, Medicina Nuclear y Psiquiatría)

3.6. Herramientas

Para la creación de la encuesta auto diseñada y gestionar los participantes facilitando la recopilación y análisis de los datos recogidos, se utilizaron la aplicación Microsoft Forms y la base de datos REDcap.

3.7. Procedimiento y recogida de datos

Una vez aprobado el estudio por el comité de ética del hospital, se procedió a generar la encuesta en Microsoft Forms, asociada a un código QR.

El equipo investigador dentro de su práctica habitual revisó las altas generadas en el día con origen de ingreso programado, procediendo a subir a las habitaciones donde se cursó cada una de ellas. A los pacientes, una vez que fueron informados de la existencia del estudio y sus condiciones mediante consentimiento incluido en la encuesta, se les invitó a participar en él, escaneando el código QR para cumplimentar dicha encuesta.

3.8. Análisis estadístico

Los datos se procesaron mediante el software estadístico IBM SPSS Statistics, en su versión 29. Se llevó a cabo un análisis descriptivo de la muestra y de las variables derivadas de la misma, utilizando medias y desviación estándar para variables cuantitativas y usando frecuencias absolutas y relativas para las cualitativas.

4. Resultados

En base a cada una de las preguntas incluidas en la encuesta realizada, se obtuvieron los siguientes resultados:

		N(579)
Edad N(%)	18-39	70(12)
	40-59	155(27)
	60-79	256(44)
	>80	97(17)
Sexo N(%)	Hombre	299(52)
	Mujer	275(47)
	Otro	2(1)
Nivel de estudios N(%)	Sin estudios	110(19)
	Grado Medio	284(49)
	Universitarios	184(32)
Grado de independencia N(%)	Independiente	516(90)
	Necesita ayuda	59(10)

		N(579)
Antelación del aviso de ingreso N(%)	Antes del día del ingreso	514(90)
	El día del ingreso	60(10)
Esperó a la asignación de cama N(%)	Sí	87(15)
	No	487(85)
Tiempo de espera en la asignación N(%)	< 1/2 hora	169(73)
	>1/2 y <3horas	41(18)
	>3 horas	21(9)
Tipo de habitación N(%)	Individual	145(25)
	Compartida	431(75)
Convivencia con compañero de habitación N(%)	Excelente	215(49)
	Óptima	195(45)
	Mala	28(6)
Cambió de habitación N(%)	Sí	81(14)
	No	490(86)
Razón de cambio N(%)	Solicitado por el paciente	13(15)
	Forzado por el hospital	74(85)
Mejóro con el cambio N(%)	Sí	57(66)
	No	29(34)
Localización ectópica N(%)	Sí	75(14)
	No	473(86)
Traslado a unidad del servicio tratante N(%)	Sí	71(61)
	No	45(39)
Conoce Gestión de Camas N(%)	Sí	87(15)
	No	486(85)
Sabe que hay enfermeras en Gestión Camas N(%)	Sí	97(17)
	No	469(83)
Grado de satisfacción con la asignación de cama N(%)	Excelente	321(56)
	Bueno	212(37)
	Regular	33(6)
	Malo	8(1)

		N(203)
Aspectos a destacar en la asignación de cama N(%)	Excesivo calor en la habitación	8(3,94)
	Habitación muy pequeña	15(7,38)
	Habitación sin ducha	1(0,49)
	Mobiliario defectuoso	6(2,95)
	Desea habitación individual	8(3,94)
	Desea no cambiar de habitación	2(0,98)
	Desea puesto de ventana	1(0,49)
	Ventana sin cortinas	2(0,98)
	Falta de lencería (almohadas)	10(4,92)
	Cama y/o colchón incómodos	12(5,91)
	Mal funcionamiento de mandos de cama y/o TV	11(5,41)
	Horarios, normas y ruidos	3(1,47)
	Quejas por el compañero de habitación	4(1,97)
	Falta de personal	2(0,98)
	Tiempo de espera en la asignación	5(2,46)
	Ingreso ectópico	1(0,49)
	Falta de información por Gestión de Camas	4(1,97)
	Nada a destacar	38(18,71)
	Buena limpieza	3(1,47)
	Buen funcionamiento del circuito	67(33)

La mayoría de los pacientes encuestados tenían una edad comprendida entre adulto mayor/anciano joven. La distribución muestral fue muy equilibrada por sexo masculino o femenino, habiendo dos pacientes que declararon condición sexual diferente a hombre o mujer. La mayoría de los pacientes encuestados refirieron tener estudios de grado medio y/o superior y se declararon independientes para las actividades de la vida diaria.

El aviso de ingreso desde el Servicio de Admisión, se produjo antes del día del ingreso en la mayor parte de los casos y la gran mayoría de los pacientes no tuvo que esperar a la asignación de cama. En esta pregunta, pudiera haberse producido una relativa dispersión de datos, porque en su comprensión, algunos pacientes entendieron como tiempo de asignación de cama, el relacionado con el tratamiento burocrático del ingreso.

		N(205)
Sugerencias N(%)	Mejora de la temperatura	9(4,39)
	Habitaciones individuales	20(9,75)
	Habitaciones más amplias	13(6,34)
	Habitaciones con ducha	2(0,97)
	Mejorar mobiliario	7(3,41)
	Mejorar limpieza	3(1,46)
	Mejora de cama y/o colchones	12(5,85)
	Espacio para fumadores	1(0,48)
	Mejorar lencería	16(7,80)
	Disponibilidad de agua embotellada fría	1(0,48)
	Mejora del menú	1(0,48)
	Reparación de mandos	4(1,95)
	TV gratis	6(2,92)
	Iluminación individual	1(0,48)
	Mejorar información	3(1,46)
	Más silencio	4(1,95)
	Limitar n° de acompañantes	4(1,95)
	Más personal	5(2,43)
	Más empatía del personal	4(1,95)
	Mejorar el sistema de llamada	1(0,48)
	Disminuir el tiempo de asignación de cama	2(0,97)
	Mejorar el aviso de ingreso	1(0,48)
	Autonomía de asignación de cama por unidades	1(0,48)
	Mejorar compatibilidad de compañero de habitación	2(0,97)
	Evitar localización ectópica	1(0,48)
	Mejorar la encuesta realizada	2(0,97)
	Sin sugerencias	79(38,53)

El tiempo de espera, en el caso de haberlo habido, fue menor de media hora por lo general. El porcentaje que declaró haber esperado más tiempo, se relaciona con la solicitud de ingreso “programado” desde consultas externas, hospitales de día o unidades de cirugía mayor ambulatoria, donde la necesidad de ingreso del paciente, no se conoce en el departamento de Gestión de Camas con antelación, sino en el mismo momento en que éste llega a la zona administrativa de ingresos programados del hospital.

Debido a las condiciones estructurales del centro, solo 1 de cada 4 pacientes ingresó en habitación individual, siendo declarada la convivencia con el paciente ocupante de la cama contigua a la asignada, como excelente y/u óptima en su mayoría. La gran mayoría de los episodios mantuvo la misma ubicación hasta cursar alta

y quienes cambiaron de habitación, lo hicieron por motivos forzados por la situación del hospital y no por solicitud del propio paciente. En el caso de haber sido reubicados, la percepción general de la estancia, mejoró en la mayor parte de los casos.

La localización ectópica de los ingresos fue minoritaria, realizándose el “rescate” a la unidad del Servicio solicitante del ingreso de la mayoría de los pacientes con dicha ubicación ectópica.

Preguntado el paciente sobre la existencia del departamento de Gestión de Camas, la gran mayoría afirmó desconocerla, así como que dicho departamento es gestionado por personal de Enfermería.

El grado de satisfacción obtenido a la finalización de la encuesta, resultó ser excelente o bueno.

1. Su edad está comprendida entre: (0 punto)

[Más detalles](#)

● 18 a 39 años	70
● 40 a 59 años	155
● 60 a 79 años	256
● Más de 80 años	97



2. Usted es, según su género: (0 punto)

[Más detalles](#)

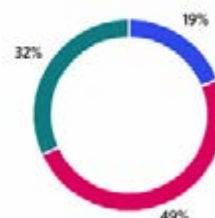
● Hombre	299
● Mujer	275
● Otro	2



3. ¿Cuál es su nivel de estudios? (0 punto)

[Más detalles](#)

● Sin estudios	110
● Estudios de grado medio	284
● Estudios universitarios	184



4. Para las actividades básicas de su vida diaria, usted es: (0 punto)

[Más detalles](#)

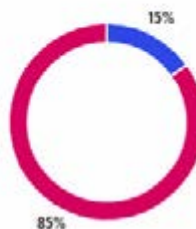
● Independiente	516
● Necesita la ayuda de otras personas	59



6. ¿Tuvo que esperar a la asignación de cama? (0 punto)

[Más detalles](#)

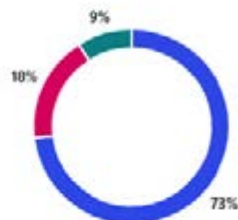
● Sí	87
● No	487



7. En el caso de que esperara ¿Cuánto tiempo aproximado tuvo que esperar? (0 punto)

[Más detalles](#)

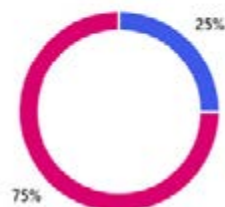
● Menos de media hora	169
● Entre media hora y 3 horas	41
● Más de 3 horas	21



8. ¿Su habitación fue individual o compartida? (0 punto)

[Más detalles](#)

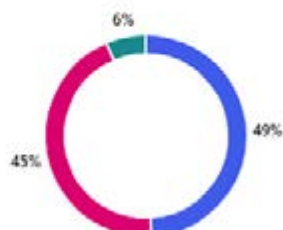
● Individual	145
● Compartida	431



9. Si fue compartida ¿Cómo fue la convivencia con su compañero de habitación? (0 punto)

[Más detalles](#)

● Excelente	215
● Óptima	195
● Mala	28



10. ¿Le cambiaron de habitación durante el ingreso? (0 punto)

[Más detalles](#)



11. Si le cambiaron de habitación, ¿lo solicitó usted o fue un cambio forzado por la situación del hospital? (0 punto)

[Más detalles](#)



12. Después del cambio, ¿mejoró su situación? (0 punto)

[Más detalles](#)



13. ¿Ingresó en una planta del servicio que le trataba? (0 punto)

[Más detalles](#)



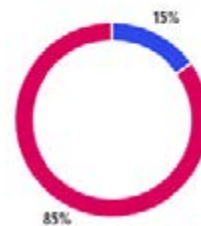
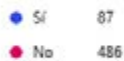
14. Si ingresó en otra planta ¿se le facilitó el traslado a la planta del servicio que le trataba? (0 punto)

[Más detalles](#)



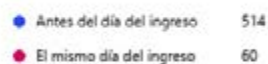
15. ¿Conoce usted que existe un departamento que se encarga de la asignación de cama? (0 punto)

[Más detalles](#)



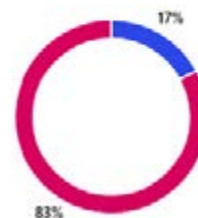
5. ¿Con cuánto tiempo de antelación le avisaron del ingreso? (0 punto)

[Más detalles](#)



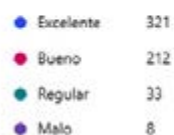
16. ¿Sabe que está gestionado por enfermeras? (0 punto)

[Más detalles](#)



17. ¿Cuál es su grado de satisfacción con la asignación de cama durante su ingreso en el hospital? (0 punto)

[Más detalles](#)



Las últimas dos preguntas asociadas a la encuesta fueron abiertas y en ellas, algunos de los pacientes expresaron aspectos destacables relacionados con la asignación de cama, aunque más de un tercio de ellos contestó a la pregunta sin nada de destacar.

Otro tercio de los pacientes contestó positivamente al buen funcionamiento del circuito y el resto ofreció una amplia gama de aspectos

que consideraron negativos durante su estancia hospitalaria, pero no relacionados con la asignación de cama sino mayoritariamente con motivos estructurales del centro como el tamaño de las habitaciones, el estado de la cama y/o colchón, malfuncionamiento de mandos, escasez de lencería, mala regulación de la temperatura de la habitación o el hecho de que no fueran individuales.

Un mínimo porcentaje de los pacientes que contestaron a la pregunta, indicó problemas relacionados con la asignación de cama como el tiempo de espera, la falta de información sobre la asignación o la localización ectópica.

En cuanto a las sugerencias registradas, como ocurría en la pregunta anterior, la mayoría contestó sin sugerencias o relacionadas con aspectos estructurales del centro, como el deseo de habitaciones individuales y/o más amplias, la mejora en la regulación de la temperatura y de las camas (incluyendo la oferta de lencería) o colchones.

Al igual, un pequeño porcentaje registró alguna sugerencia relacionada con la asignación de cama como disminuir el tiempo de asignación, mejorar la compatibilidad con el compañero de habitación o incluso mejorar el formato de la propia encuesta (solicitando papel en lugar de código QR).

4. Discusión

Se ha intentado evaluar la satisfacción del paciente con la asignación del recurso cama, que le condiciona significativamente a lo largo de todo el episodio de hospitalización, así como identificar los conocimientos que la población tiene respecto a la existencia del departamento de Gestión de Camas y su funcionamiento.

Entre la bibliografía consultada, llama la atención la ausencia de estudios de este tipo donde sí existen abundantes referencias respecto a las actuaciones genéricas de los departamentos de Gestión de Camas. Así, Bartlett [13] incide en la necesidad de una buena gestión de camas para conseguir porcentajes de ocupación óptimos alrededor del 85%, Grübler [5] defiende la importancia de mantener el equilibrio entre los diferentes orígenes del ingreso y las altas, así como la utilización de técnicas de inteligencia artificial que automaticen el proceso de asignación de cama. En este punto, también Moore [6] habla sobre la importancia de la gestión de las camas para optimizar el uso de recursos y la monitorización de los pacientes mediante el procesamiento de datos en sistemas inteligentes.

Otro aspecto destacado en diferentes estudios consultados, es la relación que existe entre la gestión de las camas hospitalarias y el costo invertido en la asistencia realizada, en ocasiones relacionado por la cancelación de operaciones y retrasos en el alta, como especifica la National Audit Office [4] en su informe y en el que considera imprescindible implementar la gestión de las camas con un sistema operativo que proporcione la disponibilidad de camas a tiempo real, favoreciendo la detección de las prealtas médicas. En este sentido, también Ramos López [7] coincide en la necesidad de un sistema informático potente que facilite el estado de las camas a tiempo real, y además relaciona la correcta adecuación del recurso cama con el gasto sanitario, incidiendo en su estudio, en la disminución del tiempo de estancia y la derivación de casos a hospitales de día y/o cirugía ambulatoria.

Existen referencias que relacionan la repercusión que la asignación de cama tiene con el resultado clínico de la estancia hospitalaria, como el realizado por Lua Perimal-L [2] en el que estudia la localización ectópica de los pacientes ("outliers") y la aparición o evolución de la demencia respecto a los pacientes no ectópicos ("inliers").

Sánchez Pardo [8] habla sobre la importancia de la gestión de las camas para garantizar una atención médica eficiente y centrada en el paciente, dejando entrever asimismo su contribución a una mejor experiencia hospitalaria para el paciente.

Aunque también se han encontrado estudios específicos sobre satisfacción del paciente, ninguno de ellos se basa en la asignación de cama. Moreno Domene [3] escribe sobre indicadores sanitarios referidos a la satisfacción del paciente, definiendo términos concretos como "queja" o "reclamación". Padilla-Florián [11] hace su estudio sobre satisfacción del paciente, pero se delimita al área de consultas. Incide en la importancia de la situación de las instalaciones y la actualización de equipos como uno de los aspectos más influyentes en el grado de satisfacción de los pacientes respecto a la asistencia recibida.

Feldman [12] relaciona en su estudio la satisfacción y expectativas del paciente con su es-

tancia hospitalaria, incluyendo en la encuesta realizada la pregunta “¿fueron rápidas las personas encargadas de su ingreso?” como única muestra relacionada con los servicios de Admisión en general.

De la Garza-Carranza [10] realizó un estudio con metodología parecida a la adoptada en el nuestro, utilizando una encuesta electrónica, pero relacionada con la calidad asistencial en general de los hospitales públicos. Habla de optimización de recursos y descubre que un factor muy influyente en la calidad de cada servicio, es el personal de enfermería reflejando, además, que es necesario incrementar la comunicación entre los pacientes y dicho personal para establecer un lazo de confianza y aumentar así la satisfacción del paciente en la asistencia recibida. En el desarrollo de las habilidades interpersonales, hace hincapié Román López [1], evidenciando la necesidad de que los profesionales de la salud las desarrollen, tanto en la relación de ayuda durante el cuidado como en otras áreas de actuación (donde no especifica la gestión de las camas, pero que podría verse incluida en ellas).

Se encontraron varios artículos situados en puntos más cercanos a nuestro estudio, como el de Schäfer [14], en el que afirma que la asignación de las camas hospitalarias influye directamente en la satisfacción del paciente y la carga de trabajo del personal médico y de enfermería. Sin embargo, centra su estudio en la incertidumbre sobre la llegada de pacientes a urgencias y plantea una solución basada en el aprendizaje automático para la predicción de la llegada de los usuarios al servicio de Urgencias, que garantice su satisfacción, sobre todo en relación a los tiempos de espera en la asignación de cama.

Es el de Cabanilla Guerra [9], el estudio consultado más parecido al nuestro ya que desarrolla una encuesta de satisfacción para pacientes con ingreso programado, retrasados previamente por una inadecuada gestión de las camas. Considera que la mejora de la gestión de las camas es prioritaria, ya que la satisfacción del paciente se ve afectada por ella. Sin embargo, en la encuesta no se pregunta por la asignación de cama en particular sino sobre la estancia hospitalaria en general.

Es por ello, que se hacía necesario desarrollar un estudio que significara específicamente, la satisfacción del usuario con la asignación de cama y no con su estancia hospitalaria en general, en el que se implementara la necesidad de visualización que tiene actualmente el papel enfermero en la gestión de las camas y que además consiguiera recabar la información proporcionada por el paciente, que contribuya a la posibilidad de mejora de actuación en el circuito de asignación de cama.

5. Conclusiones

Con el estudio realizado podemos concluir que el grado de satisfacción del paciente con la asignación de cama es muy positivo tras la encuesta realizada. Por otro lado, se hace imprescindible conseguir la visualización de la figura de la enfermera de Gestión de Camas por el usuario sanitario, así como conseguir su interrelación con él, en el proceso administrativo inicial de su ingreso. Por último, las dos acciones en conjunto, permitirán establecer futuras líneas de actuación que mejoren, ya no solo el grado de satisfacción del paciente con la asignación de cama, sino el resultado en salud obtenido tras el episodio de hospitalización.

6. Líneas futuras

Una vez concluido el estudio, se pueden plantear varias intervenciones que potencien la mejora en el funcionamiento del circuito de asignación de cama. Entre ellas destaca la necesidad de universalizar la recogida de la opinión del usuario mediante la entrega de encuestas estandarizadas junto con el resto de la información que se aporta al ingreso.

La ampliación de la actuación a los ingresos derivados de la atención urgente no programada, pasa irremediablemente por una modificación estructural del centro que conlleve la presencia de personal de enfermería de Gestión de Camas, 24h al día, 365 días al año, lo que implica una imprescindible negociación con los responsables de la Institución.

En cuanto a la visualización de la figura enfermera en Gestión de Camas, ha de conseguirse a medio-largo plazo, una vez instaurado el primer punto de este apartado, con la entrega institucionalizada de documentación relativa a Gestión de Camas, al ingreso del paciente. Sin embargo, esta medida puede verse implemen-

tada con la adopción de jornadas de “puertas abiertas”, dirigidas no solamente a los pacientes sino también a los propios profesionales del centro, que, como ocurre con los usuarios, desconoce en un amplio porcentaje, la existencia de enfermeras en los departamentos de Gestión de Camas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Román López P. La comunicación en los gestores de Enfermería: un papel fundamental. *Revista Española de Comunicación en Salud*, Vol. 2(1), 2011.
2. Lua Perimal-L, Bradle C, Hakendorf PH, Whitehead C, Heuzenroeder L, Crotty M. The relationship between in-hospital location and outcomes of care in patients diagnosed with dementia and/or delirium diagnoses: analysis of patient journey. *BMC Geriatrics* Vol 16(1), 2016. doi: 10.1186/s12877-016-0372-5
3. Moreno Domene, P., Estévez Lucas, J., Moreno Ruiz. J.A. Indicadores de gestión hospitalaria. *Sedisa s XXI* nº 16, 2010.
4. National Audit Office. Inpatient admissions and bed management in NHS acute hospitals. <http://www.nao.org.uk/wp-content/uploads/2000/02/9900254es.pdf>. June 2015
5. Grübler, M.S. Da Costa, C.A. Rigui, R.D.R. Rigo, S.J. Chiwiacowsky, L.D. A hospital bed allocation hybrid model based on situation awareness. *Revista Computers Informatics Nursing*. Vol. 36 (5). 2018.
6. Moore PT, Sharma M. Enhanced patient management in a hospital setting. *IT Convergence Practice (INPRA)* Vol 1(3). 2013.
7. Ramos López, J.M, Gómez Montero, G, Cortés Valdés, A, Guerra Pérez, C. Adecuación de la oferta de camas. *Revista electrónica de portales médicos*, Vol. XV nº 7 (257). Abril 2020.
8. Sánchez Pardo J, Atance Werner IM, Daga Aranda FR, Pérez Sobrecasas N, Barrera Carballo FJ, Sierra Aparicio A. La gestión de camas en el hospital. Un enfoque integral. *Revista Ocronos*. 2024;7(6):619. <https://revistamedica.com/gestion-camas-hospital-enfoque-integral>
9. Cabanilla Guerra M. Diseño de un modelo administrativo para optimizar la gestión de camas en los hospitales públicos de Machala. *Revista Universidad y sociedad* 2021;13(2). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2218-36202021000200489
10. De la Garza-Carranza MT, Calderón-Pérez A, Reyes-Berlanga ML, García-Torres MA. Calidad en el servicio mediante la metodología Servqual y satisfacción en pacientes hospitalizados. *Horiz Sanitario* 2024;23(1). https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2007-74592024000100073 [scielo.org.mx]
11. Padilla-Florián M, Pozo-Olivera MC. Percepción de calidad y satisfacción del paciente en hospitales especializados del centro del Perú. *Rev Perú Cienc Salud* 2023;5(4). doi:10.37711/rpcs.2023.5.4.434. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/9303717.pdf> [dialnet.unirioja.es]
12. Feldman L, Vivas E, Lugli Z, Alviarez V, Pérez MG, Bustamante S. La satisfacción del paciente hospitalario: una propuesta de evaluación. *Rev Calidad Asistencial*. 2007;22(3):133-140. doi:10.1016/S1134-282X(07)71208-3. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-articulo-lasatisfaccion-del-paciente-hospitalario-13102462>
13. Bartlett BN, Vanhoudt NN, Wang H, et al. Optimizing inpatient bed management in a rural community-based hospital: a quality improvement initiative. *BMC Health Serv Res*. 2023; 23:1000. doi:10.1186/s12913-023-10008-6. <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12913-023-10008-6> [bmchealths...entral.com]
14. Schäfer F, Walther M, Grimm DG, Hübner A. Combining machine learning and optimization for the operational patient-bed assignment problem. *Health Care Manag Sci*. 2023;26:785–806.

doi:10.1007/s10729-023-09652-5. <https://link.springer.com/article/10.1007/s10729-023-09652-5> [link.springer.com]

15. Cidoncha Moreno M.A, Campo Martínez C. Evolución del rol del supervisor de Enfermería hacia el gestor de cuidados. Revista Metas de Enfermería, Vol. 9(3), 2006
16. Commission A. Lying in Wait: The use of medical beds in acute hospitals. Honeypress Ltd. London, UK 1992.