Volumen 18 - Número 1 http://enfermeriacomunitaria.org/web/index.php/ridec Junio-noviembre 2025 ISSN 1988-5474

RIdEC

Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria

SUMARIO

Editorial

Espacio AEC
La fuerza de la comunidad en tiempos complejos

Originales
- Hábitos sexuales en jóvenes aragoneses de 18 a 25 años: estudio piloto observacional descriptivo
- Variables de salud percibida asociada al agotamiento académico en estudiantes universitarios en pospandemia covid-19. México

Revisiones
- Revisión integrativa sobre intervenciones multidisciplinarias con abordaje en determinantes de salud en adultos con diabetes
- Terapias no farmacológicas para depresión y ansiedad en mujeres con cáncer de mama: revisión sistemática

Artículos Especiales
- Enfermería se escribe con H: con H de humanización
- Conflictos armados: una grave amenaza para la salud colectiva

Cartas a la dirección
- Un enfoque transmedia para prevenir el consumo de sustancias ilícitas
- Epidemia por virus Oropouche, entendiendo la transmisión no vectorial

ASOCIACIÓN DE ENFERMERÍA COMUNITARIA (AEC)

Editor Dr. Vicente Gea Caballero

DAE EDITORIAL

RIdEC

La Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria (RIdEC) se distribuye a los socios de la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC), así como a los principales centros asistenciales y de investigación, universidades, Escuelas Universitarias de Enfermería, sociedades científicas y profesionales de la salud, con especial difusión en España e Iberoamérica.

RIdEC es la primera revista científica especializada en cuidados de salud orientados a la familia y a la comunidad del espacio iberoamericano, lo que permite a los profesionales estar permanentemente actualizados sobre los avances que se producen en las diferentes áreas del conocimiento en el campo de la Enfermería Comunitaria.

Como órgano Oficial de la AEC está dirigida a profesionales de la Enfermería Comunitaria en todos los ámbitos de actuación.

La revista incluye una serie de secciones donde se recogen innovaciones en diversos campos de la Enfermería Comunitaria: originales, revisiones, editoriales, cartas a la directora, metodología de la investigación, instrumentos para el cuidado, etc., constituyendo un medio de comunicación que satisface con sus contenidos de investigación avanzada, tanto desde el punto de vista clínico como gestor y docente, a las enfermeras comunitarias.

RIdEC es una publicación abierta, participativa, colaboracionista a todos aquellos trabajos que tengan como objetivo contribuir a la difusión del conocimiento científico en los cuidados enfermeros al individuo, a la familia y a la comunidad, en el marco de la salud pública y comunitaria.

Los valores implícitos de esta publicación son el respeto a los principios éticos de la investigación, el rigor en los contenidos científicos, la transparencia en el proceso de selección de trabajos, la independencia editorial y el apoyo al desarrollo de la Enfermería Comunitaria.

RIdEC es una publicación semestral que publica artículos científicos revisados de forma ciega por al menos dos profesionales expertos en la disciplina enfermera. Los idiomas español, portugués e inglés son las lenguas en las que indistintamente se podrán someter artículos para su edición y de forma adicional se podrán publicar versiones en inglés o francés de los mismos.

Esta publicación es miembro de: CONSEJO IBEROAMERICANO DE EDITORES DE REVISTAS DE ENFERMERÍA cibere; red iberoamericana DE EDITORACIÓN CIENTÍFICA en enfermería

Esta publicación está incluida en: latindex Sistema Regional de Información en Línea para Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal; Cuidatge; Dialnet; CUIDEN; EBSCO; Google Scholar

Dirección editorial, redacción y administración: Difusión Avances de Enfermería (DAE). Avda. de Manoteras, 20. Edificio Tokyo. 28050 Madrid (España). Teléfono de atención al cliente y suscripciones: **902 22 01 02**

Envío de artículos: ridec@grupo-paradigma.com E-mail de atención al cliente, publicidad y administración: dae@grupo-paradigma.com
Periodicidad: 2 números al año.

Tarifa de suscripción anual	España	Extranjero
Personal	36 e	54 e
Instituciones	54 e	67 e
Estudiantes	29 e	36 e

RIdEC se distribuye gratuitamente entre los socios de AEC.

Protección de datos: Editorial DAE declara cumplir lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999 sobre Protección de Datos de Carácter Personal.
© AEC
© DAE, S.L.
Reservados todos los derechos.

El contenido de la presente publicación no puede ser reproducido ni transmitido por ningún procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopias, grabación magnética, ni registrado por ningún sistema de recuperación de información, en ninguna forma, ni por medio alguno, sin la previa autorización por escrito del titular de los derechos de explotación de la misma.

Normas de publicación para los autores disponibles en: http://www.enfermeria21.com/revista-ridec/normas-de-publicacion-ridec/
ISSN: 1988-5474

COMITÉ EDITORIAL

Editor

Dr. Vicente Gea Caballero

Editores asociados

Dr. José Ramón Martínez Riera
Dra. Ana Magdalena Vargas Martínez
Dr. Pablo Alberto Sáinz-Ruiz

Consejo de redacción y revisión

Dra. Carmen Luz Muñoz Mendoza
Dra. Edurne Zabaleta del Olmo
Luis Carlos Redondo Castán
Dra. Maribel Mármol Lopez
Dra. Mª José Cabañero Martínez
Miguel Ángel Díaz Herrera
Mireia Ladios Martín
Dr. Raúl Juárez Vela
Dr. Jorge Casaña Mohedo
Dr. Antonio Ruíz Hontangas
Dr. Pablo Martínez Cánovas
Dra. Begoña Pellicer García
Dr. Jorge Mínguez Arias
Dr. Enrique Castro Sánchez
Dr. Juan José Suárez Sánchez
Dra. Marta Lima Serrano
Dra. Begoña Sánchez Gómez
Dra. María Ángeles de Juan Pardo
Dr. Enrique Oltra Rodríguez
Dr. Ramón Antonio Ôliveira
Antonio García Iriarte
Dra. Patricia Moreno Marín
Dr. Gonzalo Duarte Climents
Dra. María Pilar López Sánchez
Dra. Ruth Angélica Landa Rivera
Dra María de Jesús Jiménez González
Dra. Gabriela Maldonado Muñiz
Dr. José Luís Mendoza García
Dra. Natalia Ramírez Girón
Francisco Javier Pastor Gallardo
Dra. Beatriz Sánchez Hernando

Consejo Asesor

- Dr. José Verdú Soriano (Alicante-España)
- Dra. Carmen de la Cuesta Benjumea (Alicante-España)
- Mª José Dasí García (Valencia-España)
- Dra. Esperanza Ferrer Ferrandiz (Valencia-España)
- Dr. Antonio Frías Osuna (Andalucía-España)
- Sergio Romeo López Alonso (Andalucía-España)
- Juan Ignacio Valle Racero (Andalucía-España)
- Dr. Rafael del Pino Casado (Andalucía-España)
- Esperanza Arriaga Piñeiro (Andalucía-España)
- María Dolores Izquierdo Mora (Canarias-España)
- Dr. Jorge Mínguez Arias (La Rioja-España)
- Manuel Mañá González (Galicia-España)
- María Paz Mompart García (Madrid-España)
- Pilar Vilagrasa Ortí (Barcelona-España)
- Dr. Enrique Castro Sánchez (Londres-Gran Bretaña)
- Dra. Arminda da Silva Mendes Carneiro da Costa (Oporto-Portugal)
- Marinha Mendoça (Portugal)
- Dra. Roseni Rosângela de Sena (Minas Gerais-Brasil)
- Dra. Regina Rigatto Witt (Brasil)
- Lourdes García del Campo (Celaya, Gto-México)
- Lety Cacique Cacique (Celaya, Gto-México)
- Julia Teresa López España (Nuevo León-México)
- Mª Guadalupe Martínez Martínez (Nuevo León-México)
- Laura Rico Herrera (Celaya, Gto-México)
- María Consuelo Castrillón Agudelo (Antioquía-Colombia)
- Patricia Cid Henríquez (Concepción-Chile)
- Luz Angélica Muñoz (Santiago-Chile)
- Dra. Mª Soledad Rivera Martínez (Santiago-Chile)
- Dra. Olivia Inés Sanhueza Alvarado (Concepción-Chile)
- Dra. Jasna Stiepovich Beroni (Concepción-Chile)
- Olga María Rivero González (Cuba)

RIdEC

Sumario • *Summary*

Vol. 18 - nº 1 junio-noviembre 2025

Editorial

Riesgos (y beneficios) del uso de herramientas de inteligencia artificial en la escritura de artículos científicos 4
Dr. Vicente Gea Caballero

Espacio AEC

La fuerza de la comunidad en tiempos complejos 6
Dra. Maribel Mármol López

Originales

Variables de salud percibida asociada al agotamiento académico en estudiantes universitarios en pospandemia covid-19. México 8
Claudia Rodríguez Leana, María Alejandra Terrazas Meraz, Abigail Fernández Sánchez

Hábitos sexuales en jóvenes aragoneses de 18 a 25 años: estudio piloto observacional descriptivo 17
Nadia Hamam Alcober, Isabel Viñuales Laviña, David Delgado Sevilla, Pablo José Fernando Vinués, Beatriz Viñuales Chueca, Nuria Pérez Sanz

Revisiones

Revisión integrativa sobre intervenciones multidisciplinarias con abordaje en determinantes de salud en adultos con diabetes 31
Leslie Natali Encalada Sosa, Christian Emmanuel Espadas Uitza, Antonio Vicente Yam Sosa, Julia Alejandra Candila Celis

Terapias no farmacológicas para depresión y ansiedad en mujeres con cáncer de mama: revisión sistemática 43
Linda Karla Quitl Carrillo, Erick Landeros Olvera, Julio Jiménez Pérez, Salvador Ramires Morales, Mariel Méndez Reyes

Artículos especiales

Enfermería se escribe con H: con H de humanización 56
Albert Cortés Borra, Pedro Jaén Ferrer, José Ramón Martínez Riera

Conflictos armados: una grave amenaza para la salud colectiva 62
Generado por inteligencia artificial

Cartas a la dirección

Un enfoque transmedia para prevenir el consumo de sustancias ilícitas 67
Alba Medina Castillo, Sofía Pérez-Calahorra, Pedro José Satústegui-Dordá

Epidemia por virus Oropouche, entendiendo la transmisión no vectorial 69
Joshua Israel Culcay Delgado, Doménica Denisse Villacís Ponce

Editorial

RIESGOS (Y BENEFICIOS) DEL USO DE HERRAMIENTAS DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL EN LA ESCRITURA DE ARTÍCULOS CIENTÍFICOS

Dr. Vicente Gea-Caballero

Cómo citar este artículo:
Gea Caballero V. Riesgos (y beneficios) del uso de herramientas de inteligencia artificial en la escritura de artículos científicos. RIdEC 2025; 18(1):4-5. doi:https://doi.org/10.63178/yvmv5286ridec

La inteligencia artificial (IA) surge como una innovación tecnológica que ha irrumpido en nuestras vidas y transformado la realidad de muy diferentes maneras, llegando a múltiples escenarios de nuestra vida cotidiana, también al nivel profesional. Como es de imaginar, la práctica sanitaria y la escritura científica no son una excepción, por ejemplo, en la enfermería y la enfermería comunitaria. Estaremos de acuerdo en que la IA debe (y tiene) que facilitarnos la automatización de procesos de trabajo, que permitan reducir cargas y acciones liberadoras de tiempo que podamos emplear en dar más valor humano, científico y técnico a nuestra actividad. En la escritura científica esto puede traducirse, como mínimo, en dos oportunidades de mejora: en la eficiencia y en la calidad de la producción.

Esta realidad conlleva, sin embargo, ciertos riesgos: abusar de estas herramientas, excediendo lo que consideraríamos ayuda, convirtiéndose en protagonista del trabajo científico. Por lo tanto, se plantean ciertos compromisos y desafíos éticos que deben ser explorados y abordados con cautela, para reflexionar sobre los riesgos y los beneficios asociados al uso de IA en la redacción científica. En este mismo número de la *Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria*, presentamos un artículo especial cuya autoría se declara a la IA con revisión humana. Obviamente, el objetivo de dicho artículo solo pretende presentar un resumen de informaciones clave a partir de cuatro documentos extensos publicados por la sociedad científica SESPAS en forma de monografía, para lo que se obtuvo el consentimiento. Es un ejemplo de algunas posibilidades de síntesis. Del mismo modo que presentamos un beneficio de la IA (sintetizar informaciones amplias e incluso mejorarlas) presentamos también el conflicto: ¿Es ético publicar un artículo generado de forma automatizada?

Lo que apreciamos es que, como mínimo, la IA puede ser una forma de eficientar y ahorrar tiempo de trabajo. La automatización de tareas repetitivas, las correcciones, la revisión avanzada de la literatura, e incluso procesos complejos y avanzados como son también el análisis de datos o las traducciones. Gracias a su capacidad para el análisis de datos masivos, puede proponer mejoras en la estructura, organización y redacción, para aportar mayor claridad y especificidad. Incluso puede detectar lagunas de conocimiento u oportunidades en cuanto a enfoques y reenfoques de nuevas investigaciones. Puede ayudarnos, por ejemplo, en la síntesis de la evidencia disponible, algo que puede ser de gran utilidad en conceptos y fenómenos no demasiado estudiados como determinados *gaps* en intervenciones o desarrollos de carácter grupal o comunitario. Estos son solo algunos pequeños ejemplos de cómo esta tecnología puede facilitarnos el proceso de investigación.

Sin embargo, su uso y aprovechamiento no está exento de riesgos y desafíos. Una de las primeras preocupaciones de los equipos editoriales es, sin duda, la falta de originalidad y autenticidad de los manuscritos. La escritura científica no deja de ser un proceso cognitivo superior y avanzado, basado en el pensamiento, reflexión, juicio crítico y experiencia del equipo de investigación, y no un documento basado en la capacidad de procesamiento de una máquina, desvinculado de los procesos superiores del razonamiento humano. El resultado puede acabar en textos muy genéricos y carentes de profundidad crítica, además de otros conflictos como pueden ser la producción de textos muy similares a otros como consecuencia de

la falta de especificidad, profundidad e interpretación. Por otro lado, seguimos observando sistemáticamente la presencia de sesgos y errores de información, consecuencia del uso de datos preexistentes que, de no ser verificados adecuadamente y valorada su pertinencia y obsolescencia, puede perpetuar la información, conceptos y marcos no actuales. La pregunta surge con fuerza: ¿utiliza la IA las mejores fuentes, las más robustas y las más actuales? Sabemos que no, o no siempre, lo que compromete su credibilidad.

Y, por supuesto, quedaría la reflexión sobre los aspectos éticos de la investigación y la redacción. ¿Cuál es el límite aceptable que logre que no exista una dependencia excesiva de la IA? ¿Quién es el autor/a real de documentos generados ampliamente con IA? ¿Qué grado de responsabilidad intelectual puede tener tal documento? ¿Cómo puede vulnerarse la integridad académica con textos semiautomatizados?

Lo cierto es que las revistas científicas deben estar preocupadas no por el uso de la IA, sino por el mal uso y abuso de esa IA. Tenemos y debemos utilizarlas, porque estas herramientas tienen la capacidad real de, con un uso equilibrado y con pensamiento humano crítico aplicado, revolucionar la escritura científica. Y por ello, y tal y como sucedió hace años con la incorporación de detectores de plagio, sea necesario que las revistas utilicen no solo detectores de textos autogenerados en exceso, sino que incorporen y regulen en sus normas públicas el uso, los aspectos y la declaración de conflictos éticos que pudiera existir por el uso de IA. En la *Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria RIdEC*, y en la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC), ya hemos iniciado este camino para que la integridad y credibilidad de la producción científica difundida en *RIdEC* sea máxima. Pero ese es un compromiso que no depende solo de revistas o editores/as, también dependerá del compromiso de los equipos de investigación y su respeto a los estándares éticos.

Dr. Vicente Gea Caballero

Director de Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria RIdEC
Asociación de Enfermería Comunitaria AEC

ESPACIO AEC

La fuerza de la comunidad en tiempos complejos

Dra. Maribel Mármol López
Presidenta de la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC)

Hablar de cuidados comunitarios no es nada nuevo. En los últimos años, es un término que está presente tanto en el ámbito sanitario como en otros ámbitos vinculados al campo de la salud pública y al desarrollo social comunitario con un enfoque colaborativo y multisectorial.

El cuidado comunitario asume a la comunidad como protagonista, implicándola en la identificación de necesidades, la toma de decisiones y la ejecución de acciones para el cuidado de la salud de sus miembros. Sin embargo, la propia complejidad del trabajo comunitario en sí no siempre permite optimizar todos los recursos disponibles y activos en la atención comunitaria, dificultando a su vez la participación de la comunidad [1, 2].

Cuando la comunidad participa activamente en la gestión de sus determinantes sociales, asume responsabilidades sobre su propia salud y la de su entorno, incrementando de esta forma su capacidad para resolver problemas y fomentando el desarrollo de estilos de vida más saludables [3].

La historia nos muestra cómo las comunidades ante situaciones complejas como crisis económicas, guerras, pandemias o procesos de transformación social, recurren a la organización colectiva y el cuidado mutuo como estrategias de resiliencia y supervivencia, adaptando sus formas de acción a los desafíos de cada época y contexto [4].

Podríamos profundizar en el recorrido histórico de cualquier ciudad en cualquier país; de todas ellas, vamos a centrarnos en una en concreto, **Tarragona**.

La trayectoria histórica de Tarragona, marcada por la convivencia, la adaptación colectiva y la construcción de la comunidad ante la adversidad [5], representa los valores y retos que este año la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC) abordará en el **VIII Congreso Internacional y XIV Nacional de la AEC**, así como el **XII Encuentro de tutores y residentes de Enfermería Familiar y Comunitaria, que se celebrará los días 22, 23 y 24 de octubre de 2025 en el Palau Firal i de Congressos de Tarragona.**

El lema propuesto, **Cuidados comunitarios: Fórum de la complejidad**, conecta con la historia local de Tarragona por varias razones [5].

En primer lugar, al igual que el foro romano o los consejos urbanos medievales [5], el congreso se plantea como un espacio de encuentro y diálogo donde compartir experiencias y construir soluciones colectivas a problemas complejos.

Por otro lado, la historia de Tarragona muestra cómo la fragmentación social y la vulnerabilidad requieren respuestas comunitarias, participativas y coordinadas [5], principios que están en el centro del enfoque de los cuidados comunitarios.

Finalmente, de igual forma que Tarragona ha sabido reinventarse a lo largo de los siglos integrando saberes ancestrales, nuevas formas de organización y cooperación adaptándose a los retos de cada época, las enfermeras comunitarias hemos innovado y nos hemos adaptado para abordar la complejidad de los cuidados en la actualidad.

El congreso nace como respuesta a la necesidad de abordar la complejidad del cuidado desde una perspectiva innovadora, integradora, salutogénica y profundamente humana, poniendo en el centro la equidad, la participación, la diversidad y la promoción de la salud. Tarragona no solo es un escenario simbólico para nuestro congreso, sino también es un ejemplo vivo de cómo los cuidados comunitarios y la gestión de la complejidad son esenciales para el bienestar y la cohesión social.

Asistir es más que una oportunidad de formación, es una invitación a formar parte activa de una sociedad científica comprometida, dinámica y en constante evolución. Es el momento de compartir, de inspirarse y de contribuir con ideas y experiencias a la construcción de un modelo de atención más equitativo, accesible y centrado en las personas. Es, en definitiva, una ocasión para reafirmar el valor de la Enfermería Comunitaria como motor de transformación social.

Reserva estas fechas y súmate a este gran encuentro. La participación de cada uno es esencial para avanzar juntos hacia el futuro de los cuidados comunitarios, afrontando la complejidad con conocimiento, pasión y compromiso.

¡Os esperamos en Tarragona! Un espacio de innovación, aprendizaje y transformación del cuidado comunitario.

Dra. Maribel Mármol López
Presidenta
Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC)

Bibliografía

[1] Cotonieto-Martínez E, Rodríguez-Terán R. Community health: A review of pillars, approaches, intervention tools and its integration with primary care. JONNPR. 2021; 6(2):393-410. doi: https://doi.org.10.19230/jonnpr.3816

[2] Sobrino Armas C, Hernán García M, Cofiño R. ¿De qué hablamos cuando hablamos de "salud comunitaria"? Informe SESPAS 2018. Gac Sanit. [internet] 2018 [citado 30 may 2025]; 32:5-12. Disponible en: https://www.gacetasanitaria.org/es-pdf-S0213911118301547

[3] Gobierno de España. Salud comunitaria [internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad. Promoción de la salud y prevención; 2025. [citado 30 may 2025]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/entornosSaludables/saludComunitaria/home.htm

[4] Barañano M, Santiago J, Domínguez M. La dimensión espacial del bienestar, los cuidados y la vulnerabilidad. Revista Española de Sociología. 2023; 32(4),a185. doi: https://doi.org/10.22325/fes/res.2023.185

[5] Dutour T. La ciudad medieval. Orígenes y triunfo de la Europa urbana. Paidos [internet] 2004 [citado 30 may 2025]; 950-12-5043-1. Disponible en: https://hal.sorbonne-universite.fr/hal-03950273

Variables de salud percibida asociada al agotamiento académico en estudiantes universitarios en pospandemia covid-19. México

[1] Claudia Rodríguez Leana
[2] María Alejandra Terrazas Meraz
[3] Abigail Fernández Sánchez

[1] Doctora en Alta Dirección. Profesora Investigadora de Tiempo Completo adscrita a la Facultad de Enfermería. Universidad Autónoma del Estado de Morelos. México
[2] Doctora en Ciencias en Salud Pública con área de concentración en Epidemiología. Profesora Investigadora de Tiempo Completo adscrita a la Facultad de Nutrición. Universidad Autónoma del Estado de Morelos. México
[3] Doctora en Ciencias de Enfermería. Profesora Investigadora de Tiempo Completo adscrita a la Facultad de Enfermería. Universidad Autónoma del Estado de Morelos. México

E-mail: abigail.fernandez@uaem.mx

Cómo citar este artículo:
Rodríguez Leana C, Terrazas Meraz MA, Fernández Sánchez, A. Variables de salud percibida asociada al agotamiento académico en estudiantes universitarios en pospandemia covid-19. México. RIdEC 2025; 18(1):8-16. doi: https://doi.org/10.63178/ajhr7447ridec

Fecha de recepción: 8 de agosto de 2024.
Fecha de aceptación: 25 de abril de 2025.

Resumen

Introducción: analizar las dimensiones de agotamiento académico, variables de salud mental y sociodemográficas de los estudiantes de enfermería en pospandemia covid-19 en una universidad pública.

Método: estudio prospectivo, transversal y analítico, realizado a 174 estudiantes durante febrero de 2024. El instrumento para evaluación de *burnout* académico fue MBI-HSS de 15 ítems. Instrumento para valoración de salud mental (GHQ-28): síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión, contiene cápsula de consentimiento informado y una encuesta sociodemográfica. El análisis de los datos fue mediante el programa estadístico SPSS V-22, con medidas de tendencia central, correlaciones de Pearson y prueba t.

Resultados: participantes n= 174, el 75,3% fue mujer, la mayoría fue soltero (97,1%), edad promedio 19,87. Fue detectada la presencia de agotamiento académico y la salud mental estaba alterada. La asociación entre los datos demográficos agotamiento académico y salud mental es significativa. Los estudiantes presentan niveles bajos de *burnout* (24,7%), intermedio (61,2%) y alto (14,1%). La salud mental presenta un nivel leve (16,5%), moderado (19,6%) y alto (40,5%) y el 23,4% se percibe sano.

Conclusiones: en el impacto pospandemia se presentan secuelas en salud físicas, psicológicas y comportamentales entre otras variables escolares.

Palabras clave: salud mental; agotamiento académico; estudiantes universitarios.

Abstract

Perceived health variables associated to academic burnout in University students after the Covid-19 pandemic in Mexico

Objective: *to analyse the dimensions of academic burnout, mental health and sociodemographic variables of nursing students at the COVID-19 post-pandemic period at a Public University.*

Method: *a prospective, cross-sectional and analytical study, conducted with 174 students during February 2024, using the 15-item tool for academic burnout assessment (MBI-HSS), and the GHQ-28 tool for mental health evaluation: somatic symptoms, anxiety and insomnia, social dysfunction and depression, containing an Informed Consent capsule and a sociodemographic survey. Data analysis was conducted with the SPSS V-22 statistical program, with central trend measures, Pearson correlations and T-test.*

Results: *there were 174 participants (n= 174), 75.3% were female and the majority were single (97.1%), with an average age of 19.87 years. The presence of academic burnout was detected, as well as alterations in mental health. The association between demographic data for academic burnout and mental health was significant. Students presented low (24.7%), medium (61.2%), and high (14.1%) burnout levels. Mental health presented low (16.5%), moderate (19.6%) and high (40.5%) levels, while 23.4% was perceived as healthy.*

Conclusions: *with post-pandemic impact there were aftereffects in physical, psychological and behavioural health, among other school variables.*

Key words: *mental health; academic burnout; university students.*

Introducción

Aproximadamente una de cada ocho personas en el mundo sufre algún trastorno mental [1]. En México tres de cada 10 personas padecen algún trastorno mental a lo largo de su vida y más del 60% de la población que sufre alguno de ellos no recibe tratamiento. Los trastornos de salud mental más habituales son la ansiedad y la depresión [2].

El síndrome de *burnout* fue declarado, en el año 2000, por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como un factor de riesgo laboral, debido a su capacidad para afectar la calidad de vida, salud mental e incluso hasta poner en riesgo la vida del individuo que lo sufre. Enfatizando en este problema, se adapta el instrumento hacia los estudiantes universitarios conocido como *agotamiento académico*, en ellos afecta su desempeño académico y en su salud física y mental [3].

El *burnout* académico es una respuesta emocional negativa respecto de los estudios; una sensación de encontrarse exhausto, de no poder más con las tareas escolares (agotamiento); una actitud de distanciamiento respecto de lo que significa ser estudiante, de la importancia que tiene y la utilidad que le atribuye a los estudios que está realizando (cinismo); así como un sentimiento de incompetencia académica (ineficacia), un sentimiento de reducida competencia, poca motivación y el desarrollo de actitudes disfuncionales en el trabajo escolar [4,5].

Este problema es necesario reconocerlo en el ámbito universitario para poder abordar el agotamiento académico a través de una intervención en los estudiantes, fomentando entornos de aprendizaje saludable [6]. Asimismo, mejorar el bienestar futuro es fundamental, por lo cual da prioridad a la salud mental y proporciona capacitaciones a los estudiantes para mejorar su rendimiento académico emocional y social garantizando a largo plazo su desarrollo integral [7].

Goldberg y Hillier (1979) [8] integraron un instrumento para evaluar la salud mental en cuatro subescalas: síntomas psicosomáticos, ansiedad, disfunción social en la actividad diaria y depresión. Estas se relacionan de forma directa o inversa en síntomas somáticos, dolor, fatiga, mareos, problemas gastrointestinales, entre otros problemas psicológicos, manifestado por ansiedad caracterizada, por sentimientos de tensión, preocupación excesiva y cambios físicos como aumento de la presión arterial. La ansiedad y el insomnio manifestado por dificultad para conciliar o mantener el sueño, o experimentar un sueño reparador, ya que las preocupaciones y el estrés dificultan el descanso adecuado. En la disfunción social, las personas tienen dificultades para interactuar y relacionarse con otras, como aislamiento, problemas de comunicación, falta de habilidades sociales y conflictos interpersonales, y pueden ser resultado de condiciones psicológicas como la ansiedad social. La depresión conlleva la falta de capacidad de una persona para funcionar, es una condición mental o estado de ánimo persistentemente bajo y la pérdida de interés o placer en la mayoría de las actividades.

Otros síntomas son los cambios en el apetito y el peso, la fatiga, los sentimientos de inutilidad o la culpa excesiva, la dificultad para concentrarse, los cambios de humor y los pensamientos recurrentes de muerte o suicidio [9,10].

La prevalencia del síndrome de *burnout* académico, por dimensión, se estimó en un 55,4% para el agotamiento emocional, un 31,6% para el cinismo y un 30,9% para la eficacia académica. Estos niveles moderados del síndrome predominan en las poblaciones de estudiantes universitarios de diferentes carreras a nivel mundial [11]. El agotamiento académico se define como "sentimiento resultante de la compulsión por el estudio (agotamiento), el pesimismo hacia las tareas (cinismo) y el sentimiento de incompetencia como estudiante (ineficacia)". Maslach [12] lo presenta como "un síndrome psicológico de agotamiento emocional, despersonalización y reducción de la realización personal que ocurre como respuesta a factores estresantes emocionales e interpersonales entre los individuos".

La alta demanda del ambiente universitario posibilita que los estudiantes presenten problemas de salud mental y agotamiento académico. Sin embargo, los estudiantes no cuentan con las habilidades y las estrategias para afrontar los problemas cotidianos durante su formación universitaria afectando su salud física y emocional, así como la calidad de sus estudios [3]. Los universitarios del área de la salud suelen desarrollar un nivel alto de estrés durante su proceso formativo, por la carga académica intensa, la competencia, las prácticas clínicas relacionadas con el manejo de personas enfermas y al final de la vida, la responsabilidad, las expectativas, los exámenes, el equilibrio en la vida-estudios y visualizar su futuro. Algunos logran desarrollar estrategias adecuadas para afrontar las exigencias académicas, mientras otros muestran comportamientos de escape o evitación que no necesariamente son apropiados y contribuyen a generar sensaciones de agotamiento físico y mental y una actitud negativa, desvalorización y pérdida de interés en sus estudios [13, 14].

Por otra parte, la crisis provocada por la pandemia de covid-19 incrementó en los estudiantes universitarios la depresión, la ansiedad y el estrés, así como distintos síntomas psicológicos, motivo de consumo de alcohol y tabaco, aislamiento social, entre otros, problemas que persisten en pospandemia. Diversos estudios muestran la prevalencia de depresión, ansiedad y estrés en estudiantes universitarios antes y durante los primeros tres meses de cuarentena [11, 15].

La presencia de la pandemia covid-19, específicamente en la facultad de enfermería, incrementó la deserción escolar, misma que se ha ido recuperando paulatinamente. Sin embargo, las secuelas están manifestadas en los estudiantes por bajo rendimiento académico y la solicitud de apoyo psicológico. Para ello, se proponen intervenciones de programas preventivos para manejo de estrés para facilitar la adaptación a esta nueva realidad y mejorar la salud en los estudiantes [16, 17].

En relación con esta problemática, el objetivo del estudio es analizar las dimensiones de agotamiento académico, síntomas de salud mental y la relación con las variables sociodemográficas de los estudiantes de enfermería en pospandemia covid-19 de una universidad pública, México.

Material y método

Estudio cuantitativo, de tipo descriptivo transversal, en estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Morelos durante febrero de 2024.

La muestra fue conformada por 174 estudiantes de la Licenciatura en Enfermería, el muestreo fue no probabilístico. Fueron incluidos todos los estudiantes de cualquier semestre y manera voluntaria.

La recogida de datos fue mediante dos instrumentos de evaluación del *burnout* académico; se utilizó el Maslach Burnout Inventory-Student Survey (MBI-SS) [18], validado por Banda et al. [19], adaptado de la versión original Maslach Burnout Inventory-Human Services Survey (MBI-HSS) validado por Aranda y et al. [20], consta de 15 ítems para las dimensiones de Agotamiento Emocional (cinco ítems), Cinismo-despersonalización (cuatro ítems) y Eficacia Académica (seis ítems) con escala de Likert 1= totalmente en desacuerdo y 5= totalmente de acuerdo, Hu et al. [21]. El cuestionario para salud mental (GHQ-28) consta de 28 ítems, contiene cuatro subescalas: síntomas somáticos, ansiedad e insomnio, disfunción social y depresión grave; con escala de Likert 1= nunca y 4= siempre todo el tiempo (Goldberg et al. [8]); ambos instrumentos validados alfa de Cronbach aceptable [9], ha sido ampliamente utilizado en diversos ámbitos e instituciones, sobre todo en los enfocados en el sector de salud pública; se incluyen variables demográficas, género, edad, estado civil, convivencia, consumo de alcohol y tabaco.

Procedimiento

Se invitó a los estudiantes a participar en el estudio, se les visitó en sus aulas presencialmente para dar la información pertinente. A través del correo electrónico se envió el cuestionario para que lo contestara quien quisiese participar.

El análisis de datos fue mediante el programa estadístico SPSS V-22, se evaluaron por medio de medidas de tendencia central y promedio para variables demográficas, el índice de agotamiento profesional, el cinismo, la eficacia académica; y en percepción de salud general, los síntomas somáticos, la ansiedad e insomnio, la disfunción social y la depresión grave. Se emplearon pruebas de coeficiente de correlación de Pearson (p) con un nivel de confianza del 95%, cuya significancia estadística fue $p \leq 0,05$, para medir la magnitud del efecto, para evaluar la asociación entre las dimensiones de *burnout* académico y salud mental percibida. El procedimiento prueba T para muestras independientes contrasta la diferencia de medias, entre las dimensiones de *burnout*, salud mental y con variables demográficas, obteniendo la significancia de las diferencias entre dimensiones demográficas.

Consideraciones éticas

Siguiendo los principios éticos de la declaración de Helsinki para investigación, los datos obtenidos se emplearon exclusivamente para los fines de la investigación, la participación fue anónima. Se solicitó a cada uno de los participantes a dar su consentimiento informado y permitir de forma voluntaria participar en el estudio, mencionando que la información obtenida solo será para uso confidencial. Se obtuvo el permiso del Comité de Ética de la institución.

Resultados

En general, se obtuvo una media en edad de 19,97, predomina la edad de 18 a 19 años [67,2% (117)]; respecto al sexo, el 75,8% (132) es femenino; la mayoría es soltero [97,1% (169)]; la convivencia mayor es en el núcleo de la familia [60,9% (121)]; viven con sus padres [18,2% (32)] y con hermanos y/o amigos [12,1% (21)]. Se observa un porcentaje bajo pero significativo, el consumo de tabaco alcanza el 9,8% (17) y casi la cuarta parte consumen alcohol [20,7% (36)].

Respecto a la dimensión del agotamiento, más de la mitad de los estudiantes de enfermería presentan un nivel intermedio y alto. En el cinismo, más de la mitad de los encuestados indican un nivel bajo y continua el nivel intermedio, el nivel alto es menor, pero es significativo; y la dimensión de eficacia académica es la parte positiva y modula o media entre las variables negativas, encontrando más de la mitad con un nivel alto, menos de la cuarta parte que alcanza un nivel intermedio. En general, el comportamiento de agotamiento académico con nivel bajo representa casi la cuarta parte, más de la mitad presenta el síndrome con nivel intermedio y un porcentaje menor obtiene nivel alto (Gráfico 1).

En el comportamiento de la salud mental, se perciben en subescala de síntomas somáticos un nivel alto casi la mitad de los estudiantes. En la ansiedad y el insomnio más de la mitad considera tener un nivel moderado y alto. En la disfunción social se incrementa de forma muy significativa el nivel moderado y alto con un 83%. En la depresión severa se perciben nivel bajo casi tres cuartas partes y nivel moderado y alto en más de la cuarta parte. El 23,5% de los estudiantes no percibe problemas en su salud mental. Sin embargo, hay presencia de depresión con un nivel leve (16,5%), moderado (19,5%) y alto (40,5%) (Gráfico 2).

En la Tabla 1 se muestran las asociaciones con las variables de agotamiento académico, salud mental y las variables personales, entre ellas resultó una relación y alta significancia estadística de este hallazgo ($p < 0,000$). Esto refuerza la robustez de la relación observada. En las dimensiones de agotamiento académico y subescalas de salud mental se encontró que el agotamiento y el cinismo tienen una correlación positiva moderada ($r= 0,499$, $p= 0,000$). Esto indica que a medida que aumenta el nivel de agotamiento, también aumenta el nivel de cinismo entre los estudiantes. Se determinó que el agotamiento se asocia con los niveles altos de ansiedad e insomnio ($r= 0,229$, $p= 0,002$). Además, si aumenta el agotamiento, también aumentan los síntomas depresivos ($r= 0,234$, $p= 0,002$).

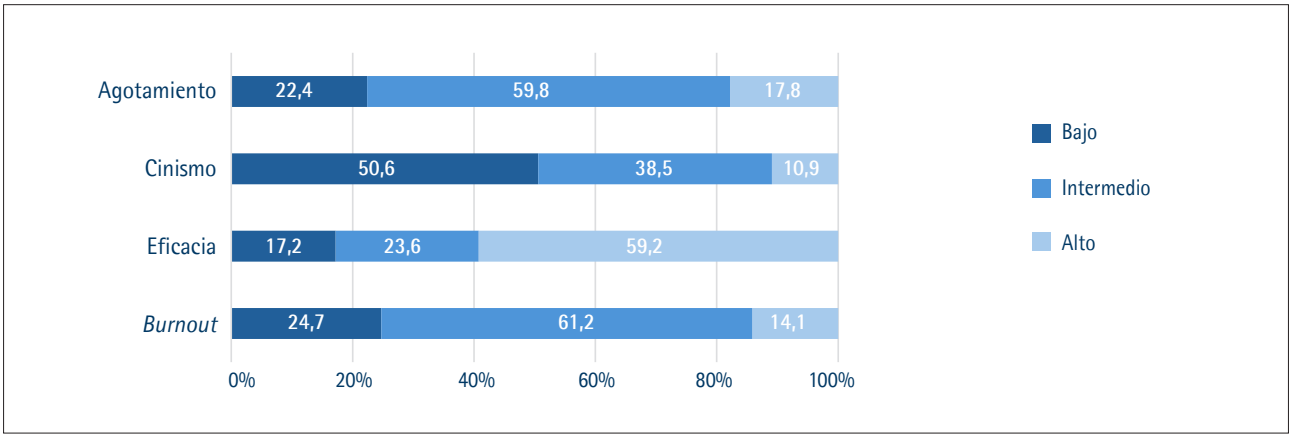


Gráfico 1. Nivel de agotamiento académico *(burnout)* en estudiantes

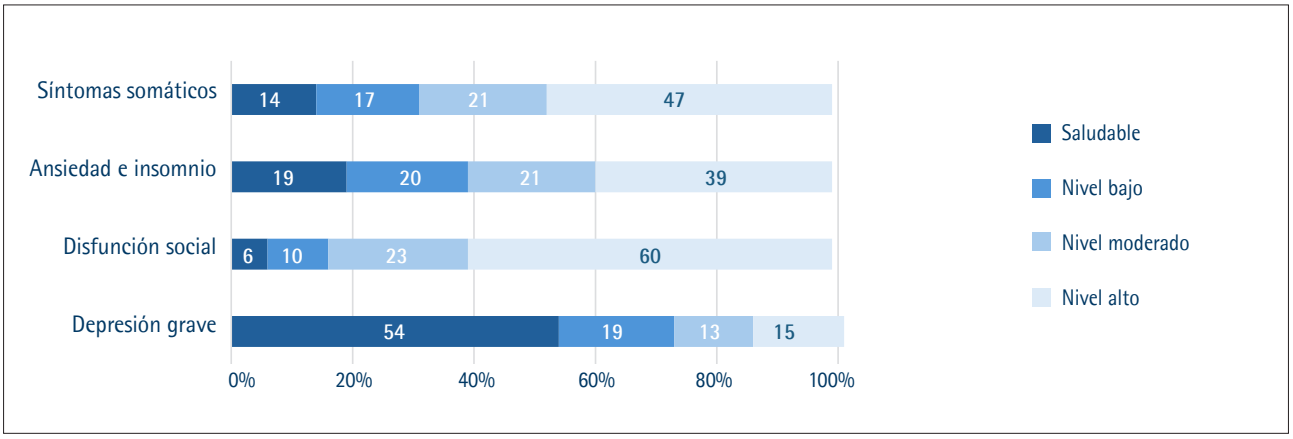


Gráfico 2. Comportamiento de salud mental general en estudiantes

Tabla 1. Asociaciones en agotamiento académico, salud mental y sexo

		Agotamiento	Cinismo	Eficacia académica	Síntomas somáticos	Ansiedad e insomnio
Agotamiento	p				,150*	
	Sig.				,048	
Cinismo	p	,499**		-,481**		
	Sig.	,000		,000		
Ansiedad e insomnio	p	,229**	,229**		,624**	
	Sig.	,002	,002		,000	
Disfunción social	p				,182*	,179*
	Sig.				,016	,018
Depresión grave	p	,234**	,307**	-,168*	,191*	,487**
	Sig.	,002	,000	,026	,012	,000
Sexo	p				,274**	
	Sig.				,000	

MBI-SS. GHQ-28. p= correlación de Pearson. Sig.= sig. (bilateral)

Se encontró una asociación significativa y negativa entre cinismo y síntomas de ansiedad e insomnio (r= -0,229, p= 0,002), sugiere que a medida que aumentan los niveles de cinismo afecta a los niveles de ansiedad e insomnio. A medida que se incrementa el cinismo, aumentan los síntomas de depresión (r= 0,307, p= 0,000). Se observa también una correlación significativa y negativa entre las variables eficacia académica y cinismo (r= -0,481, p= 0,000), y entre la eficacia académica y la depresión grave (r= -0,168, p= 0,026).

Los síntomas somáticos se asocian con el agotamiento, aunque la correlación es más débil (r= 0,150*, p= 0,048). Esto sugiere una relación positiva pero leve, indicando que mayores niveles de agotamiento se asocian con un aumento de síntomas somáticos. En el análisis de síntomas somáticos y la ansiedad e insomnio existe una correlación positiva fuerte y altamente significativa (r= 0,624, p= 0,000). Esto implica que a medida que aumentan los síntomas somáticos, también lo hace la ansiedad y el insomnio. La disfunción social (r= 0,182, p= 0,016) y con depresión grave (r= 0,191, p= 0,012). Entre los síntomas somáticos y sexo (r= 0,274, p= 0,000), indica que los síntomas somáticos varían de manera significativa en función del sexo, siendo más prevalentes en un sexo específico. En el análisis existe una correlación positiva y significativa entre la ansiedad y el insomnio y la disfunción social (r= 0,179, p = 0,018), indica que a medida que aumentan los síntomas de ansiedad e insomnio, también lo hace la disfunción social. La relación con depresión grave (r= 0,487, p= 0,000), sugiere que mayores niveles de ansiedad e insomnio están asociados con niveles más altos de depresión grave.

Relaciones de agotamiento académico, salud mental y variables de comportamiento

En la Tabla 2 se observa la asociación positiva, moderada y significativa entre la edad y el estado civil (r= 0,317, p= 0,000). Sugiere que a medida que aumenta la edad, también tiende a cambiar el estado civil de las personas. La dimensión de agotamiento y comportamiento del consumo de tabaco es significativa y negativa (r= -0,171, p= 0,024) y respecto al cinismo con el consumo de alcohol, la eficacia académica se relaciona con el consumo de tabaco de forma negativa (r= -0,206, p= 0,006).

Tabla 2. Asociaciones en agotamiento académico, salud mental y variables demográficas

		Agotamiento	Cinismo	Eficacia académica	Ansiedad e insomnio	Depresión grave	Tabaquismo	Edad	Estado civil
Estado civil	p							,317**	
	Sig.							,000	
Tabaquismo	p	-,171*		-,206**	-,262**	-,321**			
	Sig.	,024		,006	,000	,000			
Alcoholismo	p		-,171*			-,211**	,453**		
	Sig.		,024			,005	,000		
Convivencia	p							,304**	,307**
	Sig.							,000	,000

MBI-SS. GHQ-28. p= correlación de Pearson. Sig.= sig. (bilateral)

La subescala ansiedad e insomnio con el consumo de tabaco (r= -0,262, p= 0,000), implica que a medida que aumentan los síntomas de ansiedad e insomnio, se asocia negativamente con el consumo de tabaco. Asimismo, se relaciona la depresión y el consumo de tabaco (r= -0,321, p= 0,000) y consumo de alcohol (r= -0,211, p= 0,005). Esta relación sugiere que mayores niveles de depresión grave tienen una correlación negativa con el consumo de tabaco y alcohol (r= ,453, p= ,000). Indica que a medida que aumentan los síntomas de depresión, influye el consumo de tabaco y alcohol de manera moderada.

La relación de la edad en relación con el estado civil es moderadamente significativa (r= 0,317, p= 0,000). La edad se asocia positivamente con la convivencia (r= 0,304, p= 0,000). Indica que a medida que aumenta la edad, crece la convivencia entre los individuos. Por último, la relación entre el estado civil y la convivencia familiar es r= 0,307, p= 0,000, esto indica un cambio en la vida familiar.

Análisis de varianzas: agotamiento académico, salud mental y variables sociodemográficas

En la Tabla 3, se muestra el análisis comparativo entre variables de agotamiento académico, salud mental y demográficas, utilizando la prueba t para evaluar las diferencias entre variables.

En relación con el sexo femenino se presentan mayores puntuaciones en el agotamiento, la eficacia académica y la disfunción social. El sexo masculino puntúa alto en las variables de cinismo, los síntomas somáticos y la ansiedad y el insomnio, y depresión grave.

El grupo de estudiantes de 20 a 24 años puntúa alto en agotamiento, cinismo y disfunción social. La población más joven de 18-19 años puntúa mayor en eficacia, síntomas somáticos, ansiedad e insomnio y depresión.

Dentro del estado civil, la mayor puntación es para la unión libre: agotamiento, síntomas somáticos, ansiedad e insomnio y disfunción social y los estudiantes solteros puntúan mayor en cinismo, eficacia académica y depresión grave.

En el tipo de convivencia, aquellos que conviven con la familia puntuaron alto en agotamiento académico y los que conviven con otros familiares y amigos mostraron una puntuación más alta en las variables de salud mental.

Discusión

El agotamiento académico está presente en los estudiantes de enfermería por las características de la carrera; sin embargo, existe un incremento posterior a la pandemia covid-19 en el cual se manifiestan comportamientos relacionados con el agotamiento y la salud mental en estudiantes y el miedo al contagio de covid-19 [21].

Tabla 3. Prueba T, análisis de varianzas: agotamiento académico y salud mental con variables sociodemográficas

Variables	Sexo	Media	Edad	Media	Estado civil	Media	Convivencia	Media
Agotamiento	Masculino	2,57	18-19a	2,66	Soltero	2,67	Familia	**2,68**
	Femenino	**2,70**	20-24a	**2,70**	Unión libre	**2,72**	Otro y amigos	2,51
Cinismo	Masculino	**1,95**	18-19a	1,80	Soltero	**1,88**	Familia	**1,90**
	Femenino	1,85	**20-24a**	2,08	Unión libre	1,80	Otro y amigos	1,75
Eficacia académica	Masculino	3,62	18-19a	**3,77**	Soltero	**3,70**	Familia	**3,74**
	Femenino	**3,72**	20-24a	3,61	Unión libre	3,67	Otro y amigos	3,46
Síntomas somáticos	Masculino	2,70	18-19a	**3,05**	Soltero	3,01	Familia	3,04
	Femenino	**3,12**	20-24a	2,90	Unión libre	**3,37**	Otro y amigos	**3,25**
Ansiedad e insomnio	Masculino	2,70	18-19a	**2,86**	Soltero	2,81	Familia	2,86
	Femenino	**2,85**	20-24a	2,66	Unión libre	**2,97**	Otro y amigos	**3,01**
Disfunción social	Masculino	5,87	18-19a	5,87	Soltero	5,88	Familia	5,86
	Femenino	**5,89**	20-24a	**5,93**	Unión libre	**6,23**	Otro y amigos	**6,00**
Depresión grave	Masculino	**1,88**	18-19a	**1,87**	Soltero	**1,88**	Familia	1,89
	Femenino	1,87	20-24a	1,85	Unión libre	1,74	Otro y amigos	**2,00**

MBI-HSS, Goldenberg y variables demográficas. Prueba T para muestras independientes

Los resultados de otros estudios de población en universitarios mexicanos [22] fueron similares, el miedo a contraer covid-19 desencadena estrés, el cual provoca agotamiento, cinismo y disminuye la autoeficacia. Sin embargo, la dimensión de eficacia académica se correlacionó positivamente en agotamiento académico y modula de alguna forma el síndrome *burnout* académico.

En la pospandemia se incrementó el número de estudiantes, de nivel bajo a moderado, en agotamiento académico; prevaleció el nivel leve predominando el indicador comportamental. En el análisis de asociación del síndrome con las variables sociodemográficas y académicas no se apreció una relación significativa, resultado similar a un estudio de Chile [23].

El efecto de abandono de los estudios universitarios se asocia al *burnout* académico y las variables de salud mental, como la ansiedad [24]. Además, presentaron ansiedad al sentir problemas a nivel fisiológico con probabilidad de que se maximicen a síntomas depresivos entre altas y bajas en su estado de ánimo, así como problemas del sueño, presentaron inestabilidad en sus emociones, somatizaciones físicas como forma de descargar el estrés [25]. A diferencia del estudio de Silva et al. [9], la edad se relaciona positivamente con el dolor de cabeza y el género del estudiante con los problemas del sueño.

Algunos estudios demostraron una comorbilidad excesiva y grave de depresión, ansiedad y estrés simultáneamente, junto con esta comorbilidad triádica, la presencia de agotamiento psicológico severo [11, 25, 26].

En los hallazgos se reporta que el sexo femenino puntúa mayormente en agotamiento y eficacia y disfunción social, mientras que en hombres tienden a reportar niveles más altos de cinismo, síntomas somáticos, ansiedad e insomnio y depresión. Esto contrasta con un estudio en Chihuahua [27], en el cual se observó que la mujer reporta mayores niveles en las dimensiones de agotamiento, cinismo y eficacia.

Conclusiones

El agotamiento académico existe en la diversidad de niveles y dimensiones, se observa que en la pospandemia covid-19 aumentó el nivel de agotamiento y los problemas en salud mental que se asocian con una menor eficacia académica, destacando la importancia de abordar el bienestar para mejorar la salud integral de los estudiantes universitarios.

Es común en México, como en otros países, que los universitarios dependan del vínculo de acompañamiento y lazos afectivos de la familia para su desempeño académico, debido a razones culturales sociales y personales. En el apoyo familiar y las redes de amigos, los estudiantes obtienen apoyo emocional y motivación, de este modo, desempeñan un papel positivo en la eficacia académica. El desafío es que el agotamiento y la salud mental se diversifican entre los géneros, grupos de edad, tipo de familia y se ven influidos por las circunstancias personales y sociales de los estudiantes.

La profesión de enfermería valora, diagnostica, planea, interviene y evalúa las intervenciones para el cuidado de la persona, físico y emocionalmente. En los estudios universitarios, es fundamental que la institución apoye el bienestar de los estudiantes, con énfasis en la promoción y prevención de la salud mental, constituyéndose en un desafío el crear estrategias, tales como la educación, la comunicación, el liderazgo y el trabajo en equipo, lo que significará innovar en el currículo incorporando talleres que permiten trabajar el agotamiento físico, emocional y cognitivo del estudiante.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Financiación

Ninguna.

Bibliografía

[1] Organización Mundial de la Salud (OMS). Nota descriptiva. Salud mental [internet]. Ginebra: OMS; 2022. [citado 5 may 2025]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets

[2] Instituto Nacional de Salud Pública (INSP). 10 de octubre, Día Mundial de la Salud Mental. INSP [internet] 2022 [citado 5 may 2025]. Disponible en: https://www.insp.mx/avisos/10-de-octubre-dia-mundial-de-la-salud-mental

[3] Cuamba Osorio N, Zazueta Sánchez NA. Salud mental, habilidades de afrontamiento y rendimiento académico en estudiantes universitarios. Psicumex 2020; 10(2):71-94. doi: https://doi.org/10.36793/psicumex.v10i2.351

[4] Maslach C, Jackson SE. MBI: Maslach burnout inventory. Manual. Palo Alto, CA: University of California, Consulting Psychologists Press; 1981.

[5] Schaufeli WB, Salanova M, González-Romá V, Bakker A. The Measurement of Burnout and Engagement: A Confirmatory factor Analytic Approach. Journal of Happiness Studies. 2002; (3):71-92. doi: https://doi.org/10.1023/A:1015630930326

[6] Zamora Betancourt MR, Caldera Montes JF, Guzmán Valderrama MG. Estrés académico y apoyo social en estudiantes universitarios. Dilemas contemporáneos: educación, política y valores 2021; 9(spe1):00011. doi: https://doi.org/10.46377/dilemas.v9i.2916

[7] Kourea L, Papanastasiou EC, Diaconescu LV, Popa-Velea O. *Burnout* académico en psicología y ciencias afines a la salud: el programa BEN-DiT-EU para estudiantes y personal de educación superior. Psicólogo. 2023; (14). doi: https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1239001

[8] Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire, in Psychological Medicin. Cambridge University, Editorial Board. 1979; 9:139-45.

[9] Silva-Gutiérrez BN, De la Cruz-Guzmán UO. Autopercepción del estado de salud mental en estudiantes universitarios y propiedades psicométricas del Cuestionario de Salud General (GHQ28). Rev Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo. [internet] 2017 [citado 5 may 2025]; 4(8). Disponible en: https://www.pag.org.mx/index.php/PAG/article/view/676

[10] Yang Q, Liu Y, Yang WF, Peng Pu, Chen S, Wang Y, et al. Mental health conditions and academic burnout among medical and non-medical undergraduates during the mitigation of COVID-19 pandemic in China. Environ Sci Pollut Res. 2022; (38):57851-9. doi: https://doi.org/10.1007/s11356-022-19932-2

[11] Rosales Ricardo Y, Rizzo Chunga F, Mocha Bonilla J, Ferreira JP. Prevalence of burnout syndrome in university students: A systematic review. Salud Ment. 2021; 44(2):91-102. doi: https://doi.org/10.17711/sm.0185-3325.2021.013

[12] Saborío Morales L, Hidalgo Murillo LF. Síndrome de *Burnout*. Med. leg. Costa Rica. [internet] 2015 [citado 5 may 2025]; 32(1):119-24. Disponible en: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&tpid=S1409-00152015000100014&tlng=en

[13] Rahmatpour P, Chehrzad M, Ghanbari A, Sadat-Ebrahimi SR. Academic burnout as an educational complication and promotion barrier among undergraduate students: A cross-sectional study. J Educ Health Promot. 2019; 8:201. doi: https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_165_19

[14] Sen S, Sharma BK, Saxena MJ. Examining the role of perceived stress on learning satisfaction under the influence of academic burnout in the post-COVID world. J Educ Health Promot. 2023; 12(1):553. doi: https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_1599_22

[15] Leonangeli S, Michelini Y, Montejano GR. Depresión, ansiedad y estrés en estudiantes universitarios antes y durante los primeros tres meses de cuarentena por COVID-19. Rev. Colomb Psiquiatr. 2022; 53(3):284-94. doi: https://doi.org/10.1016/j.rcp.2022.04.008

[16] Salinas Oñate N, Gómez Pérez D, Cancino M, Ortiz MS, Salazar Fernández C, Olivera MP. Problemas de salud mental en universitarios durante la pandemia por COVID-19: ¿qué tipo de ayuda buscan? Terapia psicológica. 2023; 41(1):19-38. doi: https://dx.doi.org/10.4067/s0718-48082023000100019

[17] Álvarez Pérez PR, López Aguilar D. El *burnout* académico y la intención de abandono de los estudios universitarios en tiempos de COVID-19. RMIE. [internet] 2021 [citado 5 may 2025]; 26(90):663-89. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&tpid=S1405-66662021000300663&tlng=es&tnrm=iso

[18] Maslach C, Jackson SE, Leiter MP. Maslach Burnout Inventory Manual. Consulting Psychologists Press. 3rd ed. 1996.

[19] Banda Guzmán J, Robles Francia VH, Lussier R. Validación del Maslach Burnout Inventory en estudiantes universitarios de El Bajío mexicano. RIDE. Rev. Iberoam. Investig. Desarro. Educ. 2022; 12(23):e052. doi: https://doi.org/10.23913/ride.v12i23.1092

[20] Aranda Beltrán C, Pando Moreno M, Salazar Estrada JG. Confiabilidad y validación de la escala Maslach Burnout Inventory (HSS) en trabajadores del occidente de México. Salud Uninorte, 2016; 32(2):218-27. doi: https://doi.org/10.14482/sun.32.2.8828

[21] Hu Q, Schaufeli WB. The Factorial Validity of the Maslach Burnout Inventory-Student Survey in China. Psychological Reports, 2009; 105(2):394-408. doi: https://doi.org/10.2466/PR0.105.2.394-408

[22] Caballero CC, Abello R, Palacio J. Relación del *burnout* y el rendimiento académico con la satisfacción frente a los estudios en estudiantes universitarios. Avances en Psicología Latinoamericana. [internet] 2007 [citado 5 may 2025]; 25:(2):98-111. Disponible en: https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=79925207

[23] Uribe MA, Illesca M. Burnout en estudiantes de enfermería de una universidad privada. Investigación educ. médica. 2017; 6(24):234-41. doi: https://doi.org/10.1016/j.riem.2016.11.005

[24] Carlotto MS, Gonçalves Câmara S. Síndrome de *burnout* en estudiantes universitarios trabajadores y no trabajadores. Revista de Estudios psicológicos. 2023; 3(3):21-34. doi: https://doi.org/10.35622/j.rep.2023.03.002

[25] Ashraf F, Ahmad H, Shakeel M, Aftab S, Masood A. Mental health problems and psychological burnout in Medical Health Practitioners: A study of associations and triadic comorbidity. Pak J Med Sci. 2019; 35(6):1558-64. doi: https://doi.org/10.12669/pjms.35.6.444

[26] Saavedra Rionda I, García González JV, Llamazares Granda FJ, Arbesú Fernández E, López Díaz A. Grado de *burnout* en especialistas en formación de medicina y psicología clínica. Educación Médica. 2021; 22(S2):55-61. doi: https://doi.org/10.1016/j.edumed.2019.05.002

[27] Rodríguez-Villalobos JM, Benavides EV, Ornelas M, Jurado PJ. El *Burnout* Académico Percibido en Universitarios; Comparaciones por Género. Formación universitaria 2019; 12(5):23-30. doi: https://dx.doi.org/10.4067/S0718-50062019000500023

[1] Nadia Hamam Alcober
[1] Isabel Viñuales Laviña
[2] David Delgado Sevilla
[3] Pablo José Fernando Vinués
[1] Beatriz Viñuales Chueca
[3] Nuria Pérez Sanz

Hábitos sexuales en jóvenes aragoneses de 18 a 25 años: estudio piloto observacional descriptivo

[1] *Enfermera Interna Residente de Enfermería Familiar y Comunitaria. Unidad Docente Multidisciplinar de Atención Familiar y Comunitaria Huesca y Barbastro. Aragón (España)*
[2] *Enfermero Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Hospital Regional Universitario de Málaga. España*
[3] *Enfermera Especialista Familiar y Comunitaria. Servicio Aragonés de Salud. Aragón (España)*
E-mail: hamamnadia@gmail.com

Cómo citar este artículo:
Hamam Alcober N, Viñuales Laviña I, Delgado Sevilla D, Fernando Vinués PJ, Viñuales Chueca B, Pérez Sanz N. Hábitos sexuales en jóvenes aragoneses de 18 a 25 años: estudio piloto observacional descriptivo. RIdEC 2025; 18(1):17-29. doi: https://doi.org/10.63178/bszk8534ridec

Fecha de recepción: 8 de agosto de 2024.
Fecha de aceptación: 25 de abril de 2025.

Resumen

Introducción: según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada día más de un millón de personas se contagian de una infección de transmisión sexual (ITS). Una de las tasas más elevadas se encuentra en edades comprendidas entre los 20 y 24 años, con una tasa de 78,1/100.000 habitantes. El objetivo es identificar los hábitos sexuales relacionados con el uso de métodos anticonceptivos de los jóvenes de Aragón de entre 18 y 25 años.

Método: estudio piloto de tipo observacional descriptivo, transversal, realizado en 2019 con una muestra de 132 jóvenes con vida sexual activa por muestreo de conveniencia. Se realizó un cuestionario *ad hoc* de 20 ítems con variables sociodemográficas y preguntas relacionadas con hábitos sexuales y educación sexual recibida.

Resultados: participaron 132 jóvenes con edad media de 19 años. El 88,8% había mantenido relaciones sexuales con penetración. El principal método anticonceptivo utilizado es el preservativo masculino, siendo el más usado en relaciones esporádicas. Las razones más importantes de no utilizar el preservativo radican en la disminución de sensibilidad e incomodidad.

A la hora de la penetración anal, se refleja una disminución del uso del preservativo. El 63% de los jóvenes ha recibido educación sexual, incidiendo en su importancia e interés, y la necesidad de disponer dicha formación en un 75% de los encuestados.

Conclusiones: la educación sexual recibida es una herramienta formativa positivamente valorada por los jóvenes, siendo insuficiente para algunos. El preservativo sigue siendo el método anticonceptivo más empleado.

Palabras clave: educación sexual; anticonceptivos; enfermedades de transmisión sexual; adulto joven; sexo inseguro.

Abstract

Sexual habits in young aragonese persons from 18 to 25 years of age: an observational descriptive pilot study

Objective: *according to the World Health Organization (WHO), every day over one million persons will catch a sexually-transmitted infection (STI). One of the highest rates is found in ages between 20 and 24 years, with a rate of 78.1/100,000 inhabitants. The objective is to identify the sexual habits associated with the use of contraceptive methods among young persons between 18 and 25 years old in Aragon.*

Method: *a descriptive observational cross-sectional pilot study, conducted in 2019 with a sample of 132 young sexually-active persons, by convenience sampling. An* ad hoc *20-item questionnaire was prepared, with sociodemographic variables and questions about sexual habits and sexual education received.*

Results: *the study included 132 young persons with 19 years as average age; 88.8% of them had engaged in sexual activity with penetration. The main contraceptive method used was male condom, the most frequently used in occasional relationships. The most important reasons not to use a condom were discomfort and a reduction in sensitivity.*

In terms of anal penetration, there was a reduction in the use of condoms; 63% of these young persons had received sexual education, and 75% of the participants highlighted its importance and interest, and the need to have said training.

Conclusions: *sexual education is a training tool positively valued by young persons, and some of them consider that it has been insufficient. Condoms are still the most widely used contraceptive method.*

Key words: *sexual education; contraceptives; sexually transmitted conditions; young adult; unsafe sex.*

Introducción

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada día más de un millón de personas se contagian de una infección de transmisión sexual (ITS) [1]. En el ámbito europeo, se observa un aumento importante en las ITS. Concretamente, y según datos del European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC) del año 2018, la tasa de sífilis ha ido en aumento entre los años 2011 y 2017, sobre todo en hombres [2]. El mismo centro en relación con la gonorrea, con datos también del año 2018, afirma que la notificación de esta infección aumentó un 22% con respecto al 2017, y recalca también la variabilidad de infecciones en los distintos países de la Unión Europea, remarcando que las tasas más altas se encuentran en el norte de Europa [3].

Los últimos informes del Ministerio de Sanidad de España inciden en esta idea aportando datos alarmantes de la situación de las ITS. Según los informes anuales elaborados por el Instituto de Salud Carlos III, entre los años 2013 y 2017, se ha producido un incremento del 26,3% de infecciones por gonorrea [4], observándose cifras más altas en hombres [4]. Una de las tasas más elevadas se encuentra en personas jóvenes con edades comprendidas entre los 20 y 24 años, con una tasa de 78,1 por 100.000 habitantes [4]. En el año 2018 en España, la tasa de infección por enfermedad gonocócica fue de 13,78; de sífilis 7,23; y la de *Chlamydia trachomatis* fue de 12,82 casos por 100.000 habitantes, produciéndose una disminución de esta última infección, en comparación con el año 2017 [5].

Sin embargo, en Aragón, según su instituto de estadística, en el año 2018, la tasa por 100.000 habitantes de la infección gonocócica se situó en 7,68, la de sífilis en 11,02 y la de *Chlamydia trachomatis* en 15,05, evidenciando una mayor prevalencia de sífilis y *Chlamydia* en Aragón, respecto a nivel nacional [5]. Son múltiples los estudios [6-9] que encuentran distintas circunstancias que incrementan la probabilidad de contraer una ITS entre la población joven. La naturaleza cambiante de las relaciones en jóvenes que implica relaciones esporádicas y con múltiples parejas, haber tenido una nueva pareja sexual en los últimos meses, consumir alcohol y otras drogas asociadas a las relaciones sexuales, y hacer un uso variable del preservativo con parejas casuales [8-11] son algunas de las circunstancias que citan los estudios como causas del aumento de ITS.

La Oficina del Alto Comisionado de Derechos Humanos indica que los adolescentes tienen el derecho de acceder a una información adecuada para su salud, lo que incluye la educación sexual [12].

La educación sexual ha ido variando en Europa en las últimas décadas. En los años 60 del siglo pasado, su principal objetivo era la prevención de embarazos no deseados, a la que se le sumó la prevención de ITS, hasta llegar a abordar temas más actuales como son el consentimiento, la prevención del abuso sexual o la tolerancia con todas las identidades sexuales y de género [13]. A pesar de que ya en el año 2010, la Oficina Regional para Europa de la OMS, junto a otras instituciones, publicaron los Estándares de Educación Sexual para Europa [14], siguen existiendo importantes diferencias en esta formación ofrecida en los distintos países de la Unión Europea. España se encuentra por debajo de países como Francia o Alemania en el aporte de información verificada en materia de sexualidad, tal y como demuestra el Atlas Europeo de la Anticoncepción [15]. La Sociedad Española de Contracepción (SEC) muestra que la información que recibe casi el 50% de los jóvenes procede de internet, de los amigos en el 45,5% de los casos y solamente el 28% de los jóvenes recibe información por parte de los profesionales sanitarios [16, 17]. Es reseñable que aproximadamente el 70% considera que no es suficiente la información recibida sobre sexualidad [16, 17].

A pesar de que los jóvenes tienen un amplio acceso a la información sobre ITS [18] gracias a internet, y a que la educación sexual está incluida en el currículum académico desde 1985 [19], observando las estadísticas de incidencia de este tipo de infecciones en los últimos años, se hace necesario plantearse que dicha información disponible no siempre llega de manera adecuada o completa. Como se ha comentado, la educación sexual forma parte del currículo académico reglado [19]. En el momento en el que comienza la educación superior, la formación en hábitos sexuales saludables queda relegada a cursos específicos realizados por asociaciones y organizaciones no gubernamentales, a los que los jóvenes tienen que acudir de forma voluntaria. Considerando que los jóvenes participan de una vida sexual más activa, lo que implica un mayor riesgo de contraer una ITS, la educación sexual debería continuar hasta los 25 años o mientras sigan cursando estudios académicos [20].

Se marcó como objetivo principal del estudio identificar los hábitos sexuales relacionados con el uso de métodos anticonceptivos de los jóvenes de Aragón de entre 18 y 25 años. Derivado de este objetivo principal, se buscó identificar las razones por las que los jóvenes aragoneses no utilizan los métodos de barrera de forma adecuada, así como valorar la calidad percibida y características de la educación sexual recibida.

Método

Diseño: estudio piloto de tipo observacional descriptivo y transversal que se realizó con los jóvenes que colaboran como voluntarios o acuden a los cursos de formación del Movimiento Laico y Progresista de Aragón (MLPA).

Muestra y población: la población diana del estudio fueron todos los jóvenes de Aragón de entre 18 y 25 años.

El tamaño muestral obtenido fue los 132 participantes seleccionados mediante muestreo a conveniencia.

Los criterios de inclusión fueron:

- Tener más de 18 años y menos de 26.
- Aceptar las condiciones en lo relativo al tratamiento de datos.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos: la recogida de datos se llevó a cabo durante la realización de distintas actividades del MLPA durante el segundo semestre del año 2019.

Los datos fueron recogidos a través de un cuestionario autoadministrado *ad hoc* utilizando la herramienta Google Formularios (ver Anexo I).

El cuestionario, compuesto de un total de 20 preguntas, recoge las siguientes variables:

- Variables demográficas (edad y sexo).
- Uso de distintos tipos de anticonceptivos (hormonales y de barrera), tipo de relación sexual.
- Formación previa sobre educación sexual.
- Planificación familiar.

El análisis de los datos se realizó mediante *software* Microsoft Excel 2020, extrayendo medidas de frecuencia, tanto en formato absoluto como en porcentaje de cada una de las variables del estudio. No se ha llevado a cabo análisis inferencial de las mismas.

Aspectos éticos: siguiendo las recomendaciones del Comité de Ética de Investigación de Aragón (CEICA) y al tratarse de encuestas anónimas, hace imposible reconocer la identidad de los participantes, por lo que no se recogerá el consentimiento por escrito. Se informará de forma verbal al encuestado y, antes de rellenar el formulario, el participante dispondrá de una breve explicación por escrito en la que quedará constancia la aceptación del tratamiento de sus datos si realiza la encuesta.

Este proyecto de investigación dispone del dictamen favorable del CEICA (Número de aprobación C.P. - C.I. PI19/338).

Resultados

Se encuestó a un total de 134 personas, de las cuales se excluyeron dos por cumplir un criterio de exclusión -más de 25 años-, por lo que finalmente la muestra total del estudio fueron 132 personas. De estas, el 66,9% eran mujeres y el 29,1% hombres, con una media de edad de 19 años. En cuanto a la provincia de residencia, la mayor parte pertenecía a Zaragoza (82,58%), seguidos de Teruel (8%) y de fuera de la comunidad a estudiar (6,1%), mientras que tan solo un 3,82% residía en Huesca.

El 88,8% había mantenido relaciones sexuales con penetración anal y/o vaginal, frente al 11,4% que no las había mantenido. Más de la mitad de los encuestados tenían relaciones sexuales con hombres, destacando un 17% que mantenía relaciones sexuales con ambos sexos.

Uso de métodos anticonceptivos

De las 117 personas que contestaron a la pregunta sobre relaciones estables, 21 afirman que nunca o casi nunca utilizan el preservativo masculino; es decir, un 17,9%. De estos, 21,3 eran hombres y el resto mujeres; 3 de las mujeres que contestaron "nunca" indicaron que solo mantenían relaciones sexuales con mujeres, por lo que se entiende que el

uso del preservativo masculino es innecesario. Este dato contrasta con el dato hallado en el uso del preservativo masculino en relaciones esporádicas, donde el tanto por ciento de respuestas de nunca o casi nunca disminuye al 6,6%.

En lo relacionado con el *coitus interruptus*, un 10,2% respondió que siempre o casi siempre utiliza este método como anticonceptivo, el 27,27% de estas respuestas fueron contestadas por varones. Al igual que con el uso del preservativo, este dato disminuye a un 6,02% cuando se pregunta por relaciones esporádicas.

Como se aprecia en el Gráfico 1, las razones por las que no se utiliza el preservativo son varias. Vale la pena destacar que el 51,51% de las respuestas dadas en este ítem indica que "no siento lo mismo que si no lo utilizo".

En el Gráfico 2 se representa el uso del preservativo según la práctica sexual. Destaca la utilización del preservativo de forma mayoritaria durante la penetración vaginal. En la penetración anal, práctica sexual que supone más riesgo de contagio de ITS por la facilidad de provocar erosiones en la penetración, sin embargo, más de la mitad de los encuestados, concretamente un 55,95%, afirma no utilizar el preservativo.

Educación sexual

En cuanto a la educación sexual impartida a los jóvenes, el 63% refiere haberla recibido en el instituto frente al 12%, que fue durante el colegio (Gráfico 3).

Casi el 80% de los encuestados indica que dicha educación fue impartida por personal especialista en salud sexual, siendo insuficiente para casi el 25% de los participantes.

El Gráfico 4 resume la percepción sobre la educación sexual recibida. Más del 75% de los jóvenes refiere como necesaria la educación sexual, siendo importante y necesaria para ellos, con un 62% y 58%, respectivamente.

Los jóvenes encuestados refieren como fuentes de consulta sobre sexualidad amigos/compañeros de clase (44%) e internet (29,9%), relegando a los profesionales sanitarios a un 12,7% (Gráfico 5).

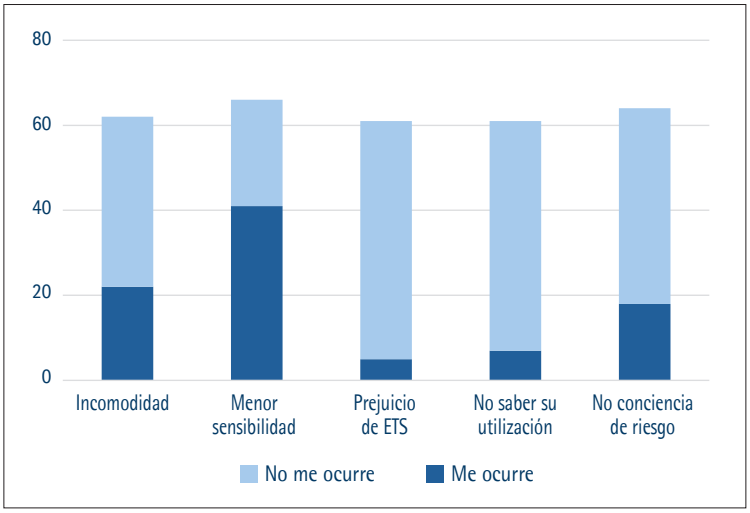


Gráfico 1. Razones para no usar el preservativo femenino/masculino

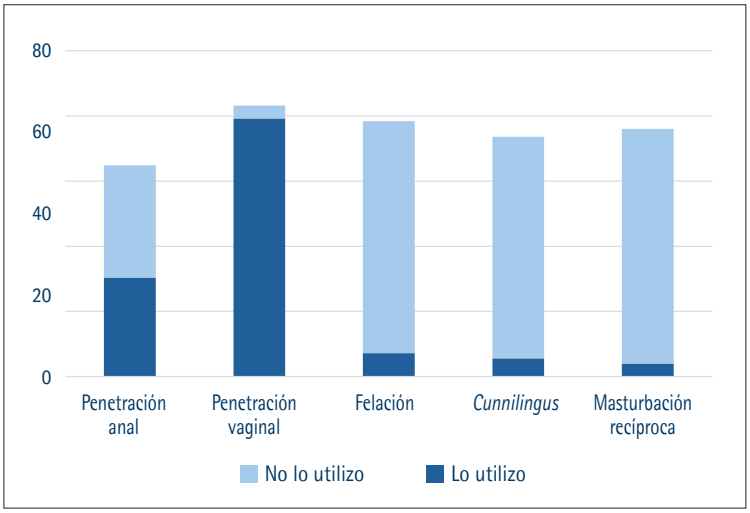


Gráfico 2. Uso del preservativo según práctica sexual

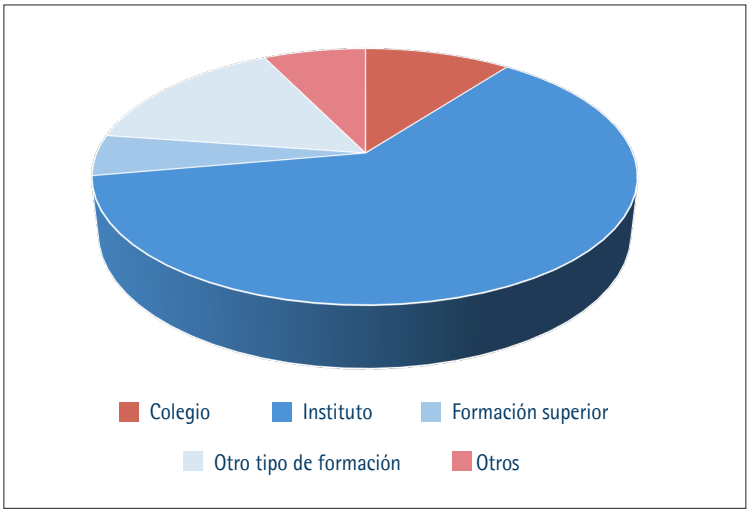


Gráfico 3. Lugar de impartición de la educación sexual

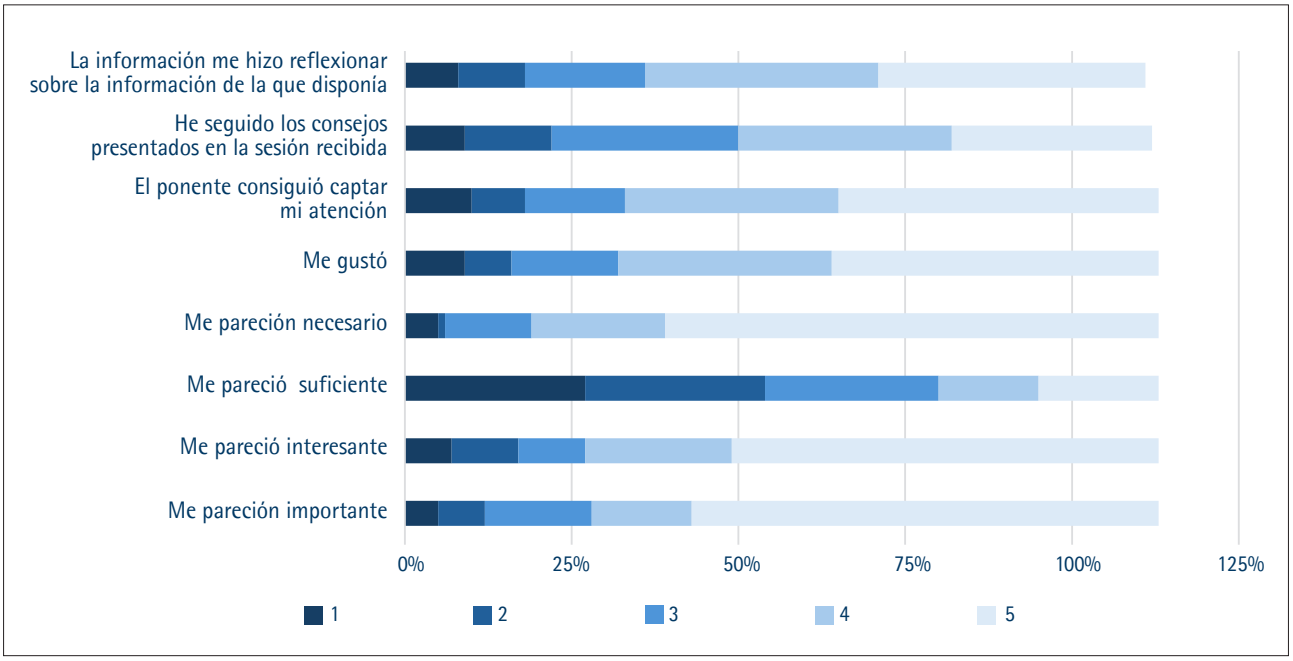


Gráfico 4. Percepción de la educación sexual recibida

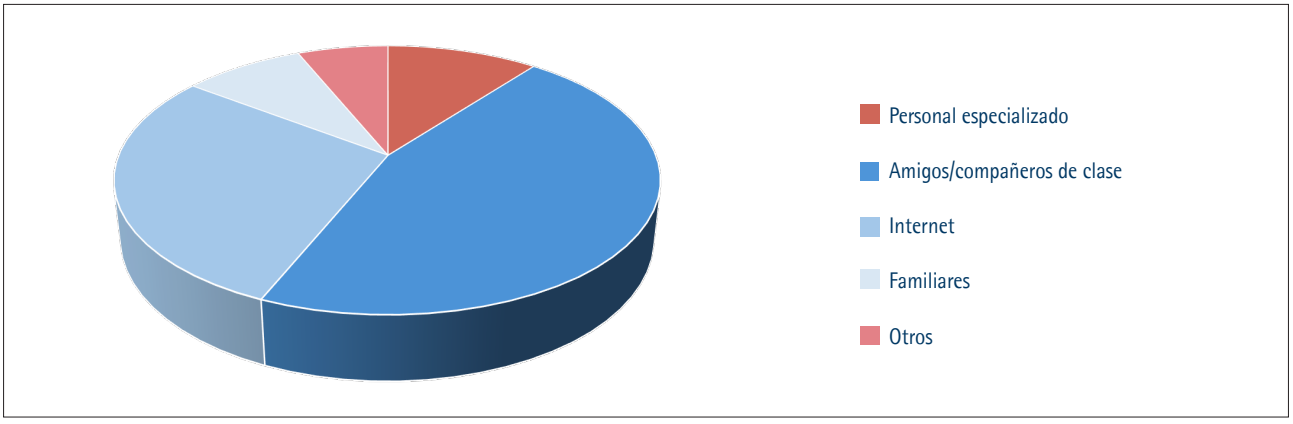


Gráfico 5. Fuente de consulta de dudas sobre sexualidad

Discusión

Los jóvenes de entre 18 y 25 años se encuentran en una etapa de alto desarrollo afectivo-sexual. Es en esta etapa donde muchos jóvenes comienzan a tener sus primeras relaciones sexuales, por lo que supone un público más vulnerable, no solo a contraer una infección de transmisión sexual, sino a embarazos no deseados o sentimientos de decepción o arrepentimiento ante relaciones sexuales.

Casi el 90% de los encuestados en este estudio ha mantenido relaciones sexuales con penetración anal y/o vaginal, siendo un dato importante que casi un quinto de la muestra nunca o casi nunca usan preservativo en las relaciones estables. Estos datos concuerdan con el estudio realizado por el Instituto de la Juventud de España publicado en 2020, "Resumen Ejecutivo Informe Juventud en España 2020" (INJUVE) [21]; sin embargo, son muy inferiores a los encontrados en el estudio de 2022 de De Melo et al. [22], ya que refieren que el 60,74% de la muestra informó no usar preservativo en todas las relaciones sexuales. Esta información difiere con la aportada en el 2019 por el Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva de la Sociedad Española de Contracepción (SEC) [23], que publicó que el método anticonceptivo más usado fue el preservativo con un 52%, mientras que en el estudio de Da Silva et al., en 2018 [24], el 66,12% de las mujeres indicó practicar sexo de

forma segura siempre. Estos datos son mucho más altos que lo referido en diferentes estudios, como el de Spindola et al., en 2022 [25], en el que más de la mitad de los participantes que mantenían relaciones sexuales con una pareja estable no siempre utilizaban el preservativo (45%), aunque en las relaciones con parejas ocasionales ese porcentaje era mayor (76%), aumento que también se aprecia en este estudio.

En cuanto al ámbito internacional, los datos del presente estudio sobre uso de preservativo podrían asemejarse a los aportados por el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades de los Estados Unidos (CDC) [26], ya que aproximadamente el 80% de los adolescentes de entre 15 y 19 años usa el preservativo durante su primera relación, porcentaje que va disminuyendo ligeramente conforme se aumenta la edad.

En el estudio INJUVE [21] no existen diferencias significativas entre hombres y mujeres con respecto al uso del preservativo, aunque en el presente estudio es destacable que casi el 80% de los que contestaron que nunca o casi nunca utilizan el preservativo es mujer. El mayor uso del preservativo fue en la penetración vaginal al contrario que en otras prácticas de riesgo como la penetración anal, felación, *cunnilingus* y masturbación. Entre las razones que refirieron los jóvenes encuestados de este estudio para no utilizar el preservativo destacaba la incomodidad y la disminución de la sensibilidad a la hora de mantener relaciones sexuales. Sin embargo, la SEC [23] añade otras variables que podrían ser consideradas en otros estudios; la práctica del sexo oral, confiar en la otra persona, conocer a la otra persona ofrece seguridad. Estas variables fueron los motivos principales, relegando la incomodidad y la disminución de sensibilidad a los últimos lugares. Cabría preguntarse el porqué de que el uso de métodos de barrera sigue siendo tan bajo en las prácticas sexuales que implican alto riesgo de contagio de ITS, pero nula posibilidad de embarazo no deseado, por ejemplo, la práctica de sexo anal.

A pesar del conocimiento actual sobre las ITS y el uso del preservativo como método de barrera, sigue siendo un dato importante el número de jóvenes que no usan el preservativo durante las relaciones sexuales, lo que podría aumentar la prevalencia de personas infectadas con VIH/sida y otras ITS [24]. Por todo ello, llama la atención la escasez de pruebas diagnósticas de VIH/sida y otras ITS realizadas en los encuestados (13%), datos inferiores a los referidos por Folch et al. (2015) [27], donde casi un quinto de la población estudiada se había realizado alguna vez dichas pruebas. Quizá los jóvenes no tienen interiorizado el riesgo que supone este tipo de enfermedades de transmisión sexual, pero sí que son conocedores de las implicaciones que un embarazo no deseado podría significar en sus vidas.

El hecho de que el 80% de los encuestados afirma haber recibido educación principalmente por un profesional especialista en educación sexual (más de la mitad en el instituto y solo un 12% en el colegio), contrasta con el incremento exponencial de infecciones por ITS entre los jóvenes. Al comparar estos datos con los presentados por la SEC [23] a nivel nacional, el porcentaje de participantes que recibió educación sexual fue similar al encontrado en el presente estudio. A la hora de consultar las dudas sobre sexualidad, los amigos o compañeros de clase, seguidos de internet son las fuentes principales, manteniendo la tendencia de lo encontrado por García-Vázquez et al. en 2020 [28] (muestra estudiada durante el instituto y bachiller). Tan solo el 25% de los jóvenes aragoneses encuestados en este estudio cree que la educación sexual recibida ha sido insuficiente, dato que dista mucho del referido en el estudio SEC [23], donde el 68,5% de los jóvenes a nivel nacional cree que es insuficiente, elevándose esta opción entre las mujeres.

La falta de experiencia en el uso de los métodos anticonceptivos, las barreras para el acceso a los mismos y la falta de información sexual entre los adolescentes hace que el asesoramiento anticonceptivo sea esencial para lograr la aceptación del método, emplearlo de forma adecuada y asegurar la continuidad de su uso [29]. Quiroz-Mora et al. [30] sugieren que el uso del preservativo sigue siendo una conducta difícil de mejorar mediante intervenciones; las que demuestran cambios en la frecuencia y la intención del uso del preservativo son aquellas que se enfocan en producir efectos a nivel individual, organizacional y del entorno. Por todo esto, queda patente la necesidad de este tipo de formación, incluyéndose en etapas más tempranas, como la educación primaria y con un abordaje de manera global.

Limitaciones

La limitación más importante es que la recogida de datos se llevó a cabo en 2019 y no han sido analizados hasta este momento por factores externos como la presión asistencial generada por la pandemia covid-19. Como futura línea de investigación sería interesante plantearse estudiar si, tras la pandemia, el uso de métodos anticonceptivos ha cambiado entre los jóvenes y, sobre todo, si la educación sexual impartida se ha visto mermada.

Otra limitación importante en el estudio es el hecho de que el cuestionario utilizado no haya sido un test validado. Al tratarse de un estudio piloto ha servido también para ver los fallos que tiene el formulario utilizado y plantear, como línea futura de investigación, la realización y validación de un cuestionario.

Conclusiones

El método anticonceptivo más usado entre los jóvenes encuestados de Aragón de entre 18 y 25 años fue el preservativo masculino. Según la práctica sexual, destaca la utilización del preservativo de forma mayoritaria durante la penetración vaginal, mientras que en la penetración anal más de la mitad de los encuestados afirmó no usarlo. El *coitus interruptus* sigue siendo una opción minoritaria, aunque practicada, por alguno de los encuestados.

Las principales razones por las que los jóvenes no emplean los métodos anticonceptivos de barrera, según este estudio, son la disminución de la sensibilidad y la incomodidad en su utilización; destaca el ítem "no siento lo mismo que si no lo utilizo".

La educación sexual recibida es una herramienta formativa positivamente valorada por los jóvenes, siendo importante y necesaria para ellos. La gran mayoría de los encuestados indica que dicha educación fue impartida por personal especialista en salud sexual, siendo insuficiente para un 25% de los mismos. A la hora de consultar sobre temas de sexualidad, las principales fuentes fueron amigos/compañeros de clase, seguido de internet y, por último, profesionales sanitarios.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Financiación

Ninguna.

Bibliografía

[1] World Health Organization (WHO). Report on global sexually transmitted infection surveillance [internet]. Geneva: WHO; 2018 [citado 5 may 2025]. Disponible en: https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/277258/9789241565691-eng.pdf

[2] European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Syphilis - Annual Epidemiological Report for 2018 [internet]. Solna: ECDC; 2020 [citado 5 may 2025]. Disponible en: https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/syphilis-annual-epidemiological-report-2018?etrans=es

[3] European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Gonorrhoea - Annual Epidemiological Report for 2018 [internet]. Solna: ECDC; 2020 [citado 5 may 2025]. Disponible en: https://www.ecdc.europa.eu/en/publications-data/gonorrhoea-annual-epidemiological-report-2018?etrans=es

[4] Unidad de vigilancia de VIH y conductas de riesgo. Mortalidad por VIH y sida en España, año 2017. Evolución 1981-2017. [internet]. Madrid: Centro Nacional de Epidemiología, Instituto de Salud Carlos III/ Plan Nacional sobre el Sida, Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación. Madrid; 2019. [citado 5 may 2025]. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/vigilancia/docs/MortalidadXVIH2017.pdf

[5] Instituto Aragonés de Estadística (IAEST). Enfermedades de declaración obligatoria. Años 2017 y 2018 [internet]. Zaragoza: IAEST; 2020 [citado 5 may 2025]. Disponible en: https://www.aragon.es/documents/20127/1909615/20200724_EDO2017_2018+COMUNICADO.pdf/30bf0cd1-bfc1-b745-d223-efae010cbd83?t=1595590452041

[6] Calatrava M, López del Burgo C, de Irala J. Factores de riesgo relacionados con la salud sexual en los jóvenes europeos. Med Clin. 2012; 138:534-40. doi: https://doi.org/10.1016/j.medcli.2011.07.020

[7] Castro A, Bermúdez M, Buela-Casal G, Madrid J. Variables psicosociales que median en el debut sexual de adolescentes en España. Rev Latinoam Psicol. 2011; 43(1):83-94.

[8] Antón Ruiz FA, Espada JP. Consumo de sustancias y conductas sexuales de riesgo para la transmisión del VIH. An. Psicol. 2009; 25(2):344-50.

[9] Serrano I, Dueñas JL, Bermejo R, Coll C, Doval JL, Lete I, et al. Actividad sexual e información y uso de métodos anticonceptivos en la juventud española: resultados de una encuesta nacional. Prog Obstet Ginecol. 2005; 48(6):283-8. doi: https://doi.org/10.1016/S0304-5013(05)72396-7

[10] Gibson EJ, Bell DL, Powerful SA. Common sexually transmitted infections in adolescents. Prim Care. 2014; 41:631-50. doi: https://doi.org/10.1016/j.pop.2014.05.011

[11] Harden A, Brunton G, Fletcher A, Oakley A. Teenage pregnancy and social disadvantage: systematic review integrating controlled trials and qualitative studies. BMJ. 2009; 339:b4254. doi: https://doi.org/10.1136/bmj.b4254

[12] Office of the High Commissioner for Human Rights. CRC General Comment No. 4: Adolescent Health and Development in the Context of the Convention on the Rights of the Child [internet]. Office of the High Commissioner for Human Rights; 2003 [citado 5 may 2025]. Disponible en: https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Women/WRGS/Health/GC4.pdf

[13] European Expert Group on Sexuality Education. Sexuality education – what is it? Sex Education. 2015; 16(4):427-31. https://doi.org/10.1080/14681811.2015.1100599

[14] Organización Mundial de la Salud (OMS). Estándares de educación sexual en Europa [internet]. Colonia: OMS; 2010 [citado 5 may 2025]. Disponible en: https://www.bzga-whocc.de/fileadmin/user_upload/BZgA_Standards_Spanish.pdf

[15] European Parliamentary Forum for Sexual and Reproductive Rights (EPF). Contraception Atlas 2017 [internet]. Brussels: EPF; 2017 [citado 5 may 2025]. Disponible en: https://www.epfweb.org/node/544

[16] Sociedad Española de Contracepción (SEC). Encuesta nacional sobre sexualidad y anticoncepción entre los jóvenes españoles (16-25 años). SEC; 2019 [citado 5 may 2025]. Disponible en: https://sec.es/encuesta-nacional-sobre-sexualidad-y-anticoncepcion-entre-los-jovenes-espanoles-16-25-anos/

[17] Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva de la Sociedad Española de Contracepción (SEC). Encuesta de Anticoncepción en España, 2018 [internet]. SEC; 2018 [citado 5 may 2025]. Disponible en: https://hosting.sec.es/descargas/encuesta2018.pdf

[18] Alfaro González M, Vázquez Fernández ME, Fierro Urturi A, Muñoz Moreno MF, Rodríguez Molinero L, González Hernando C, et al. Hábitos sexuales en los adolescentes de 13 a 18 años. Rev Pediatr Aten Primaria. 2015; 17(67):217-25. doi: https://dx.doi.org/10.4321/S1139-76322015000400003

[19] Ley Orgánica 8/1985, de 3 de julio, reguladora del Derecho a la Educación. Boletín Oficial del Estado (BOE), núm. 159, de 4 de julio de 1985.

[20] Kirby D, Obasi A, Laris BA. The effectiveness of sex education and HIV education interventions in school in developing countries. World Health Organ Tech Rep Ser. 2006; 938(938):103-50.

[21] Pérez Díaz MT (dir.). Resumen ejecutivo Informe Juventud en España 2020 [internet]. Madrid: Instituto de la Juventud (INJUVE); 2021 [citado 5 may 2025]. Disponible en: https://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2021/03/informe-juventud-en-espana-2020-resumen-ejecutivo.pdf

[22] Deleon de Melo L, Passos Sodré C, Spindola T, Costa Martins ER, De Oliveira André NLN, Vieria da Motta CV. A prevenção das infecções sexualmente transmissíveis entre jovens e a importância da educação em saúde. Enferm Glob. 2022; 21(1):74-115. doi: https://doi.org/10.6018/eglobal.481541

[23] Observatorio de Salud Sexual y Reproductiva de la Sociedad Española de Contracepción (SEC). Estudio sobre sexualidad y anticoncepción: jóvenes españoles [internet]. SEC; 2019 [citado 5 may 2025]. Disponible en: https://hosting.sec.es/descargas/Encuesta2019_SEXUALIDAD_ANTICONCEPCION_JOVENES.pdf

[24] Da Silva Nascimento B, Spindola T, Reicherte Pimentel MRA, De Almeida Ramos RC, Costa Santana RS, Sampaio Teixeira R. Comportamento sexual de jovens universitários e o cuidado com a saúde sexual e reprodutiva. Enferm Glob. 2017; 17(1):237. doi: https://doi.org/10.6018/eglobal.17.1.261411

[25] Spindola T, Rodrigues Fernandes-da Fonte V, Da Silva Figueiredo-Lima G, Costa-de Moraes P, Costa-Martins ER, Galvão dos Santos-Soares B. Jóvenes universitarios de género masculino y el uso del preservativo. Enferm glob. 2022; 21(67):185-220. doi: https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.489491

[26] Center for Disease Control and Prevention (CDC). Sexually Transmitted Infections (STIs) [internet]. [citado 5 may 2025]. Disponible en: https://www.cdc.gov/sti/es/site.html

[27] Folch C, Álvarez JL, Casabona J, Brotons M, Castellsagué X. Determinantes de las conductas sexuales de riesgo en jóvenes de Cataluña (*). Rev Esp Salud Pública. 2015;89:471-85.

[28] García-Vázquez J, Iraizoz E, Agulló-Tomás E. Evolución de las fuentes de información y las ideas sobre sexualidad en adolescentes. RqR Enfermería Comunitaria. 2020; 8(4):18-29.

[29] Rodríguez Jiménez MJ. Anticoncepción en la adolescencia. Pediatr Integral. 2022; 26(5):280-8.

[30] de Vries A, den Daas C, Willemstein IJM, de Wit JBF, Heijne JCM. Interventions Promoting Condom Use Among Youth: A Systematic Review. J Adolesc Health. 2024; 74(4):644-56. doi: https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2023.11.014

Anexo I

Hábitos sexuales en los jóvenes de Aragón de 18 a 25 años: estudio piloto observacional descriptivo

Ha sido invitado a participar en el estudio "Hábitos Sexuales en los Jóvenes de Aragón de 18 a 25 años: Estudio observacional Descriptivo". Este estudio se encuentra siendo llevado a cabo por un equipo multidisciplinar de sanitarias de Aragón. El propósito de este estudio es crear un perfil sobre los hábitos sexuales de los jóvenes y, concretamente, del uso de métodos anticonceptivos y la educación sexual recibida por los mismos. No existen riesgos asociados a este estudio, sin embargo, como en cualquier actividad realizada por internet, el riesgo del robo de datos siempre es posible. Su participación en esta investigación será confidencial y solo se publicarán datos anónimos. Las respuestas de los cuestionarios serán almacenadas de forma segura en un ordenador con contraseña. Todos los resultados serán destruidos tres años después del final del estudio. Al completar y enviar estos cuestionarios, OTORGARÁ ACCESO a sus respuestas anónimas al equipo de investigación. ENTIENDA que su nombre no se vinculará con los materiales de investigación y no se identificará ningún resultado de esta. Muchas gracias por su colaboración.

* Indica que la pregunta es obligatoria.

1. Sexo*

   Marca solo un óvalo.

   - Femenino
   - Masculino

2. En caso de contestar otro, por favor, especifícalo:

   _____

3. Edad*

   _____

4. ¿En qué provincia está tu domicilio habitual?*

   Marca solo un óvalo.

   - Zaragoza
   - Huesca
   - Teruel

5. ¿Has mantenido relaciones sexuales con penetración anal y/o vaginal?*

   Marca solo un óvalo.

   - Sí
   - No

6. Tus parejas sexuales son:*

   Marca solo un óvalo.

   - Mujeres
   - Hombres
   - Ambos
   - Otros

7. En caso de contestar otros, por favor, especifícalo:

8. En el caso de que tengas o hayas tenido RELACIONES ESTABLES, por favor, indica con qué frecuencia utilizas los siguientes métodos anticonceptivos.

   Marca solo un óvalo por fila.

	Siempre	Casi siempre	A veces	Casi nunca	Nunca
Preservativo femenino					
Preservativo masculino					
Pastillas anticonceptivas					
Parches anticonceptivos					
Anillo vaginal					
Implantes hormonales subcutáneos					
La marcha atrás					
El dispositivo intrauterino (DIU)					
Ogino/Método del calendario					
Otros					

9. Si has marcado otros en la pregunta anterior, por favor, especifica cuál:

10. En el caso de que tengas o hayas tenido RELACIONES ESPORÁDICAS, por favor, indica con qué frecuencia utilizas los siguientes métodos anticonceptivos.

    Marca solo un óvalo por fila.

	Me ocurre	No me ocurre
Preservativo femenino		
Preservativo masculino		
Pastillas anticonceptivas		
Parches anticonceptivos		
Anillo vaginal		
Implantes hormonales subcutáneos		
La marcha atrás		
El dispositivo intrauterino (DIU)		
Ogino/Método del calendario		
Otros		

11. Si has marcado otros en la pregunta anterior, por favor, especifica cuál:

12. Si has indicado que nunca o casi nunca utilizas el preservativo, indica si los siguientes enunciados son o no la razón por la que no lo utilizas.

Marca solo un óvalo por fila.

	Me ocurre	No me ocurre
Me molesta/me resulta incómodo.		
No siento lo mismo que si no utilizo preservativo.		
Si le propongo que lo utilice/si me lo pongo, mi pareja puede pensar que tengo alguna enfermedad		
No sé cómo utilizarlo de forma correcta		
No creo que pueda contraer ninguna enfermedad		
Otra		

13. Si has marcado Otra en la pregunta anterior, por favor, especifica cuál:

_____

14. Si has indicado que utilizas el preservativo siempre o casi siempre, indica si has sufrido o no las siguientes incidencias

Marca solo un óvalo por fila.

	Me ha ocurrido	No me ha ocurrido
No, no he tenido nunca ninguna incidencia		
Sí, en una o más ocasiones se ha roto		
Sí, en una o más ocasiones se ha quedado dentro de vagina/ano		
Sí, en una o más ocasiones he tenido problemas a la hora de colocarlo		

15. Si utilizas el preservativo siempre o casi siempre, indica si lo utilizas o no en las siguientes prácticas.

Marca solo un óvalo por fila.

	Lo utilizo	No lo utilizo
Penetración anal		
Penetración vaginal		
Felación		
Cunnilingus (sexo oral que se practica a la mujer)		
Masturbación recíproca		

16. ¿Te has realizado las pruebas del VIH alguna vez?*

Marca solo un óvalo

- No, nunca
- Sí, una vez
- Sí, más de una vez

17. ¿Has recibido educación sexual?*

    Marca solo un óvalo.

    - No
    - Sí

18. Si has contestado sí en la respuesta anterior, por favor, especifica dónde:

    Marca solo un óvalo.

    - De forma reglada en el colegio
    - De forma reglada en el instituto
    - De forma reglada en formación superior: FP, universidad...
    - En otro tipo de formación reglada: monitor de tiempo libre, cursos de socorrismo...
    - Otros

19. Si has marcado Otros en la pregunta anterior, por favor, especifica dónde:

    _____

20. Si has recibido educación sexual, indica, por favor, quién impartió la clase:

    Marca solo un óvalo.

    - Un@ profesor@/maestr@
    - Un@ especialista, sexólogo
    - Personal sanitario: médico, enfermer@
    - No lo sé, no me acuerdo
    - Otros

21. Si has marcado Otros en la pregunta anterior, por favor, especifica quién:

    _____

22. Si has recibido educación sexual, ¿cuál fue tu percepción sobre la misma? (siendo 1 totalmente en desacuerdo y 5 totalmente de acuerdo)

    Marca solo un óvalo por fila.

	1	2	3	4	5
Me pareció importante					
Me pareció interesante					
Me pareció suficiente					
Me pareció necesario					
Me gustó					
El ponente consiguió captar mi atención					
He seguido los consejos presentados en la sesión recibida					
La formación me hizo reflexionar sobre la información de la que disponía					

23. Cuando tienes una duda relacionada con la sexualidad, ¿a quién recurres?

Marca solo un óvalo.

- A personal especializado: personal sanitario, sexólog@, etc.
- A amig@s, compañer@s de clase
- A internet
- A familiares: padres, herman@s, tí@s.
- A otros

24. Si has marcado A otros en la pregunta anterior, por favor, especifica quién:

LÍDER EN FORMACIÓN ESPECIALIZADA PARA ENFERMERÍA

Cursos online

Amplio catálogo de cursos

CURSOS DESTACADOS:

- Cuidados en cirugía menor para Enfermería: heridas y suturas
- Enfermería Comunitaria: cuidados para mantener la salud
- Patologías frecuentes en la consulta de Enfermería
- Actuación en vacunas para enfermeras/os
- Detección y prevención de la Violencia de género
- Comunicación terapéutica en Enfermería

DAE FORMACIÓN

www.daeformacion.com

[1] Leslie Natali Encalada Sosa
[2] Christian Emmanuel Espadas Uitza
[3] Antonio Vicente Yam Sosa
[4] Julia Alejandra Candila Celis

Revisión integrativa sobre intervenciones multidisciplinarias con abordaje en determinantes de salud en adultos con diabetes

[1] *Médico Cirujano Especialista en Salud Pública. Universidad Autónoma de Yucatán. Mérida (México)*

[2] *Enfermero especialista en Salud Pública. Universidad Autónoma de Yucatán. Mérida (México)*

[3] *Doctor en Ciencias de Enfermería. Universidad Autónoma de Yucatán. Mérida (México)*

[4] *Doctora en Educación. Universidad Autónoma de Yucatán. Mérida (México)*

E-mail: psynisterra@gmail.com

Cómo citar este artículo:
Encalada Sosa LN, Espadas Uitz CE, Yam Sosa AV, Candila Celis JA. Revisión integrativa sobre intervenciones multidisciplinarias con abordaje en determinantes de salud en adultos con diabetes. RIdEC 2025; 18(1):31-42. doi: https://doi.org/10.63178/peaz9184ridec

Fecha de recepción: 29 de mayo de 2024.
Fecha de aceptación: 25 de mayo de 2025.

Resumen

Objetivo: describir las intervenciones multidisciplinarias actualizadas que abordan determinantes de la salud en personas adultas que viven con diabetes tipo 2.

Métodos: revisión integrativa basada en lineamientos PRISMA, se realizó una búsqueda sistemática en EBSCOHost, Dialnet y Dimensions. Los descriptores fueron "determinantes sociales de la salud" *AND* "Diabetes tipo 2" *AND* "equipo multidisciplinario". Se incluyeron artículos de texto completo en inglés y español, publicados entre agosto de 2023 y marzo de 2024, se analizaron con la herramienta CASPe.

Resultados: se incluyeron 10 estudios, siendo cuatro ensayos clínicos, un estudio de cohorte, cinco estudios descriptivos. Siete artículos en idioma inglés y tres en español. Los países de los artículos fueron México, Irán, Estados Unidos, China, Colombia, España y Australia. Los años fueron 2019, 2020, 2022 y 2023.

Conclusión: las intervenciones educativas se asocian estadísticamente con determinantes intermedios en las personas con diabetes tipo 2 y tuvieron resultados que beneficiaron a la población en el control glucémico; el equipo profesional que realizó las intervenciones fue enfermería, trabajo social, médicos, psicología, dietista y educador en diabetes. Se sugiere efectuar estudios que involucren políticas públicas y que en ellas se incorporen estrategias y recomendaciones, enfocados en los determinantes de la salud, principalmente en zonas rurales, para disminuir desigualdades e inequidades que ponen en desventaja a esta población.

Palabras clave: diabetes tipo 2; grupo de atención al paciente; equipo multiprofesional; determinantes sociales de la salud; control glucémico.

Abstract

An integrative review on multidisciplinary interventions addressing health determinants in adults with diabetes

Objective: *to describe the updated multidisciplinary interventions addressing health determinants in adult persons living with Type 2 diabetes.*

Methods: *an integrative review based on PRISMA guidelines; a systematic search was conducted in EBSCOHost, Dialnet, and Dimensions. The key words were "social health determinants"* AND *"Type 2 diabetes"* AND *"multidisciplinary team". Articles with complete text in English and Spanish were included, that were published between August 2023 and March 2024; The CASPe tool was used for analysis.*

Results: *ten (10) studies were included: four clinical trials, one cohort study, and five descriptive studies. Seven articles were in English and three in Spanish. The articles were from the following countries: Mexico, Iran, United States, China, Colombia, Spain and Australia. The years were: 2019, 2020, 2022 and 2023.*

Conclusion: *educational interventions were statistically associated with intermediate determinants in persons with Type 2 diabetes, and their results were beneficial for the population in terms of glycemic control. The professional team conducting the interventions was formed by nurses, social workers, physicians, psychologists, nutritionists and diabetes educators. It was suggested to conduct studies involving public policies, incorporating strategies and recommendations focused on health determinants, mainly in rural areas, in order to reduce the inequalities and inequities that place this population at a disadvantage.*

Key words: *type 2 diabetes; patient care group; multiprofessional team; social determinants of health; glycemic control.*

Introducción

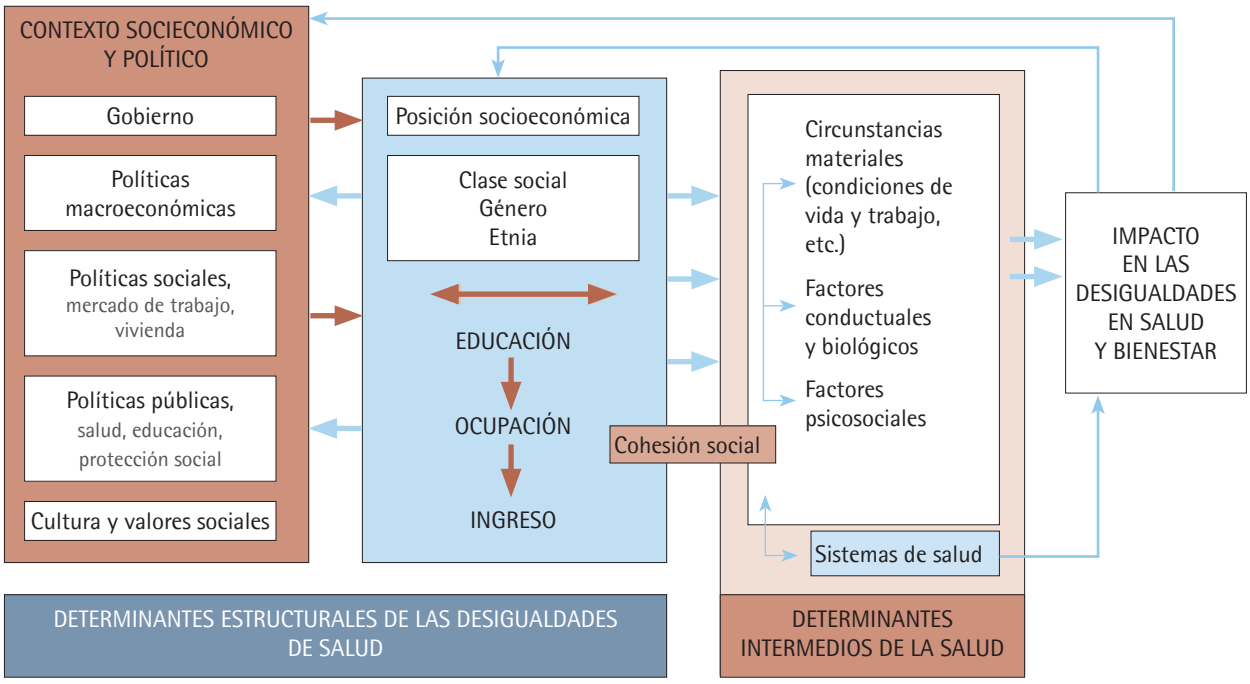
La diabetes es una enfermedad crónica no transmisible (ECNT) caracterizada por el incremento permanente de la glucosa en el organismo a causa de la insuficiente producción del páncreas o por la utilización ineficaz de la insulina. Se relaciona con factores de riesgo modificables como la obesidad o el sobrepeso, la inactividad física y las dietas con alto contenido calórico de bajo valor nutricional [1]. La enfermedad de la diabetes tipo 2 (DT2) es uno de los problemas de salud más importantes por su alta prevalencia en el mundo, se espera que sea la séptima causa de muerte en el año 2030. Su impacto es aún más severo en países en vías de desarrollo donde la brecha en las oportunidades de salud está profundamente marcada. La prevalencia mundial es del 9,3%, en 2019 murieron más de cuatro millones de adultos y anualmente los casos en niños y adolescentes siguen en aumento. En México, la prevalencia en 2018 fue del 10,3% y es la tercera causa de muerte. Se estima que el porcentaje de personas sin diagnóstico de DT2 es de poco más del 50%, poniendo en relieve la necesidad del diagnóstico oportuno que permita una atención adecuada para retrasar potenciales secuelas de la enfermedad a nivel individual, familiar y en la sociedad en general [2].

Siendo una enfermedad crónica no transmisible, es una patología de gran complejidad y representa un desafío para la sociedad y los sistemas de salud en el mundo. El aumento en la prevalencia mundial se ha atribuido a un complejo conjunto de factores socioeconómicos, demográficos y ambientales, así también al aumento de los factores de riesgo para el desarrollo de la enfermedad relacionados con estilos de vida no saludables. La DT2 requiere una comprensión profunda que considere además de los factores biológicos de las personas, el contexto social en el que se desarrolla. Los determinantes sociales de salud (DSS) brindan la oportunidad de abordar esta condición de salud desde una perspectiva más amplia [3].

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define los determinantes sociales de la salud (DSS) como "las circunstancias en que las personas nacen crecen, trabajan, viven y envejecen, incluido el conjunto más amplio de fuerzas y sistemas que influyen sobre las condiciones de la vida cotidiana" [4]. Estas fuerzas y sistemas incluyen políticas y sistemas económicos, programas de desarrollo, normas y políticas sociales y sistemas políticos. Son altamente distintos para varios subgrupos de una población y pueden dar lugar a diferencias en los resultados en materia de salud [4].

Puede haber marcadas desigualdades entre estados, regiones y localidades e incluso entre diferentes grupos poblacionales. El modelo de determinantes sociales de la salud (Figura 1) que recomienda la OPS/OMS para su abordaje menciona dos grandes rubros de determinantes:

- **Estructurales y/o sociales:** son los atributos que generan o fortalecen la estratificación de una sociedad y definen la posición socioeconómica de la población. Estos mecanismos configuran la salud de un grupo social en función de su ubicación dentro de las jerarquías de poder, prestigio y acceso a los recursos. El adjetivo *estructural* recalca la jerarquía causal de los determinantes sociales en la generación de las inequidades sociales en materia de salud. Son aquellos que tienen que ver con la posición social, el género, la raza y el grupo étnico, el acceso a la educación y al empleo [5].
- **Intermedios y personales:** los determinantes intermedios se distribuyen según la estratificación social y determinan las diferencias en cuanto a la exposición y la vulnerabilidad a las condiciones perjudiciales para la salud. Sus principales categorías son:
  - **Circunstancias materiales:** calidad de la vivienda y del vecindario, posibilidades de consumo (medios financieros para adquirir alimentos saludables, ropa apropiada, etc.) y el entorno físico de trabajo.
  - **Circunstancias psicosociales:** factores psicosociales de tensión, circunstancias de vida y relaciones estresantes, apoyo y redes sociales.
  - **Factores conductuales y biológicos:** nutrición, actividad física, consumo de alcohol, tabaco y drogas; en los factores biológicos también incluyen los factores genéticos.
  - **Cohesión social:** la existencia de confianza mutua y respeto entre los diversos grupos y sectores de la sociedad contribuye a la manera en que las personas valoran su salud.
  - **Sistema de salud:** exposición y vulnerabilidad a los factores de riesgo, acceso a los servicios y programas de salud para mediar las consecuencias de las enfermedades para la vida de las personas [5].



Fuente: De la Guardia [5]

Figura 1. Determinantes sociales de la salud

Entre las principales barreras para lograr los objetivos de atención en personas que viven con DT2 se incluyen la falta de atención médica, la pobreza, los largos viajes al trabajo o la falta de tiempo para buscar atención médica, falta de confianza y apoyo social inadecuado, entre otros [6]. La mayor parte de los problemas de salud se pueden atribuir a las condiciones socioeconómicas de las personas. Sin embargo, en las políticas de salud han predominado las soluciones centradas en el tratamiento de las enfermedades, sin incorporar adecuadamente intervenciones sobre las *causas de las causas*, como son las acciones sobre el entorno social y los resultados obtenidos con intervenciones en salud centradas en lo curativo que han sido insuficientes, es decir, que las circunstancias sociales y económicas de las personas afectan forzosamente en su salud durante la vida, por lo que es necesario vincular las políticas de salud a los determinantes sociales de la salud. Haciendo referencia a las condiciones crónicas, las cuales son inherentes a salud pública, es necesario, para la toma de decisiones, afrontar los determinantes sociales de la salud. La mayor parte de estas enfermedades pueden atribuirse a la presencia de un sinnúmero de factores de riesgo, donde sus repercusiones y complicaciones están influenciadas por los determinantes sociales de la salud [7].

Algunos estudios destacan que el autocuidado es uno de los roles más importantes en el manejo de la diabetes. La relación existente entre los factores determinantes de la DT2 y el autocuidado influye en el tipo de vida y nivel de educación que tienen las personas que la padecen. Es importante reforzar para que la persona desarrolle habilidades dirigidas al control del padecimiento, la aceptación de la enfermedad, la modificación de la dieta y la realización de ejercicio, acciones que han demostrado garantizar una mejor calidad de vida. Esto se puede conseguir con intervenciones que incluyan aquellos determinantes sociales que influyen en las personas [8]. El control de las enfermedades crónicas no transmisibles se fundamenta en principios distintos en relación con los padecimientos transmisibles. Implica un proceso educativo para entender la enfermedad, cambios significativos y focalizados en las conductas, utilización a largo plazo de múltiples fármacos y evaluaciones frecuentes, además de la participación de especialistas en conjunto con la familia y la comunidad. Estas acciones son parte de un modelo de atención multidisciplinario, se ha encontrado que este tipo de intervenciones tiene mejores resultados y mejora la adherencia al tratamiento [9].

La importancia de esta revisión en el área de la Atención Primaria destaca en promover estrategias de intervención, para el beneficio de la población, a mantener y restaurar la salud de la población, contando con la participación de esta, mediante cuidados directos e indirectos a individuos, familias, otros grupos y la propia comunidad en su conjunto, como miembro de un equipo multidisciplinario [10].

Por lo anterior, es de importancia la revisión de evidencias actualizadas sobre intervenciones que involucren varias disciplinas y que aborden los determinantes sociales de la salud en los adultos que viven con DT2. El objetivo del estudio es describir las intervenciones multidisciplinarias que aborden los determinantes de la salud en personas adultas que viven con DT2.

Metología

Se realizó una revisión integrativa de las evidencias actuales sobre intervenciones multidisciplinarias que abordan los determinantes de la salud para la enfermedad de la DT2. El trabajo se elaboró mediante los lineamientos de PRISMA 2020 para el reporte de revisiones sistemáticas [11].

Criterios de elegibilidad. Los criterios de inclusión fueron los artículos que contenían las intervenciones basadas en determinantes sociales de la salud y adultos con DT2; mencionan a los grupos de atención a la salud y sus intervenciones en el automanejo de la DT2. Incluyeron artículos que tuvieran cinco años o menos desde su publicación y que sean en idioma inglés, español y portugués. Se eliminaron aquellos artículos que al revisar el contenido no contuvieran la temática propuesta, los artículos repetidos y también los que no detallaron claramente las intervenciones multidisciplinarias con base en los determinantes sociales de la salud para el automanejo de la DT2.

Fuentes de información. Las bases de datos que se utilizaron fueron EBSCOHost, Dialnet y Dimensions, se incluyeron artículos del año 2019 a la fecha, el periodo de búsqueda fue desde el mes de agosto de 2023 y hasta febrero de 2024. Para la selección solo se consideró la lectura de los títulos y resumen, se eliminaron los que no cumplían con los criterios establecidos, para incluir finalmente 10 artículos.

Estrategia de búsqueda. La búsqueda de los artículos se consultó en el Descriptor en Ciencias de la Salud (DeCS) y MeSH en los idiomas español, inglés y portugués. Para el orden de la búsqueda se utilizó el operador boleano *AND*. Las cadenas de búsqueda utilizadas fueron diabetes tipo 2 *AND* determinantes sociales de la salud *AND* grupo de atención al paciente *AND* automanejo de la diabetes tipo 2, determinantes sociales *AND* grupo de atención al paciente, intervenciones *AND* determinantes sociales de la salud *AND* diabetes tipo 2.

Proceso de selección de los estudios. Se seleccionaron todos los artículos según los criterios descritos y se eliminaron los artículos que se duplicaban. Dos investigadores realizaron la lectura de los artículos y finalmente, en consenso, se seleccionaron los artículos que cumplieron con los criterios para el objetivo del estudio.

Proceso de extracción de los datos. Con la búsqueda en las bases de datos y la selección de los artículos que los investigadores en consenso consideraron para incluir en este estudio, se realizó el análisis minucioso correspondiente. Se utilizó el *software* Excel para la elaboración de una tabla que incluya los aspectos de intervenciones, equipo multidisciplinario, autores, año, diseño, muestra, resultados significativos y sesgos encontrados.

Evaluación del riesgo de sesgo de los estudios individuales. Los artículos seleccionados fueron evaluados mediante la lectura crítica con la herramienta CASPe, de acuerdo con la metodología del artículo seleccionado. Se incluyeron en el estudio aquellos que contaban con un puntaje mayor a 8 puntos, ya que esto indica una buena confiabilidad de la evidencia.

Medidas del efecto. En los artículos revisados se utilizaron dos tipos de estimadores para determinar el tamaño del efecto. RR = riesgo relativo, RM = razón de momios. Se comparan resultados entre dos o más grupos, de acuerdo con la escala de medición (cuantitativa o cualitativa) para que su interpretación sea clara y sencilla. El tamaño o magnitud del efecto se comprueba mostrando la lejanía de los promedios entre grupos, ajustado por su varianza, o bien por la diferencia en las frecuencias absolutas o porcentuales. De igual manera se utilizó el tamaño de efecto para calcularse junto con su intervalo de confianza a 95% (IC 95%) para estimar la precisión. En la mayoría de los artículos analizados el tamaño de efecto fue estadísticamente significativo.

Evaluación del sesgo en la publicación y evaluación de la certeza de la evidencia. La selección comenzó con la identificación de los artículos a partir del título y del resumen, para ser seleccionado debía contener al menos dos de las palabras clave. Posteriormente se realizó una lectura y un análisis del resumen; si contenía información relevante (sobre intervenciones multidisciplinarias con abordaje en determinantes de salud en adultos con diabetes) fueron incluidos. Seguido se efectuó la lectura del artículo completo, si este se consideraba apropiado, se llevaba a cabo su evaluación bajo los criterios de las guías de lectura crítica CASPe, para comprender e identificar la cohesión metodológica (el diseño responde a la pregunta de investigación), fiabilidad de los resultados y la importancia de la investigación. La técnica empleada para responder al objetivo de este estudio fue la revisión integrativa de la literatura, que presenta como ventaja la posibilidad de síntesis y de análisis del conocimiento científico producido sobre el tema investigado. Esta manera de investigar se caracteriza por presentar un amplio panorama de abordajes metodológicos, que permite la inclusión de múltiples estudios, con diferentes diseños de investigación para la comprensión completa del fenómeno estudiado. Los resultados de estos estudios ofrecieron evidencias que refuerzan hallazgos que vienen presentándose en otras investigaciones.

Resultados

Se realizó una revisión integrativa, en la que se presenta la evidencia actual de todas aquellas intervenciones que abordan determinantes sociales de la salud con enfoque multidisciplinario en personas adultas con DT2. Se obtuvieron 604 resultados con las palabras clave utilizadas, 10 artículos cumplieron con los criterios de selección, cuatro ensayos clínicos, un estudio de cohorte, cinco estudios descriptivos; en idioma inglés y español. Los países de los artículos seleccionados fueron México, Irán, Estados Unidos, China, Colombia, España y Australia. Los años fueron 2019, 2020, 2022 y 2023.

En el diagrama de flujo, se ilustra el proceso que se realizó para la selección de los artículos que se incluyeron en este estudio (Figura 2).

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

Como se observa en la Tabla 1, la mitad de los estudios [12, 13, 15, 16] son ensayos clínicos. En la mayoría la intervención utilizada fue a través de un programa educativo [12-17]. De manera general, los resultados muestran una asociación significativa entre el nivel educativo, el conocimiento sobre diabetes y el autocuidado, así como mejoras significativas en las medidas clínicas dentro del grupo de intervención. Además, se observó una mejora significativa en el comportamiento de autogestión y se incluyeron factores sociales y económicos para mejorar la salud.

El equipo multidisciplinario que participó en las intervenciones estuvo conformado por endocrinólogos, nutricionistas, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales, podólogos y oftalmólogos.

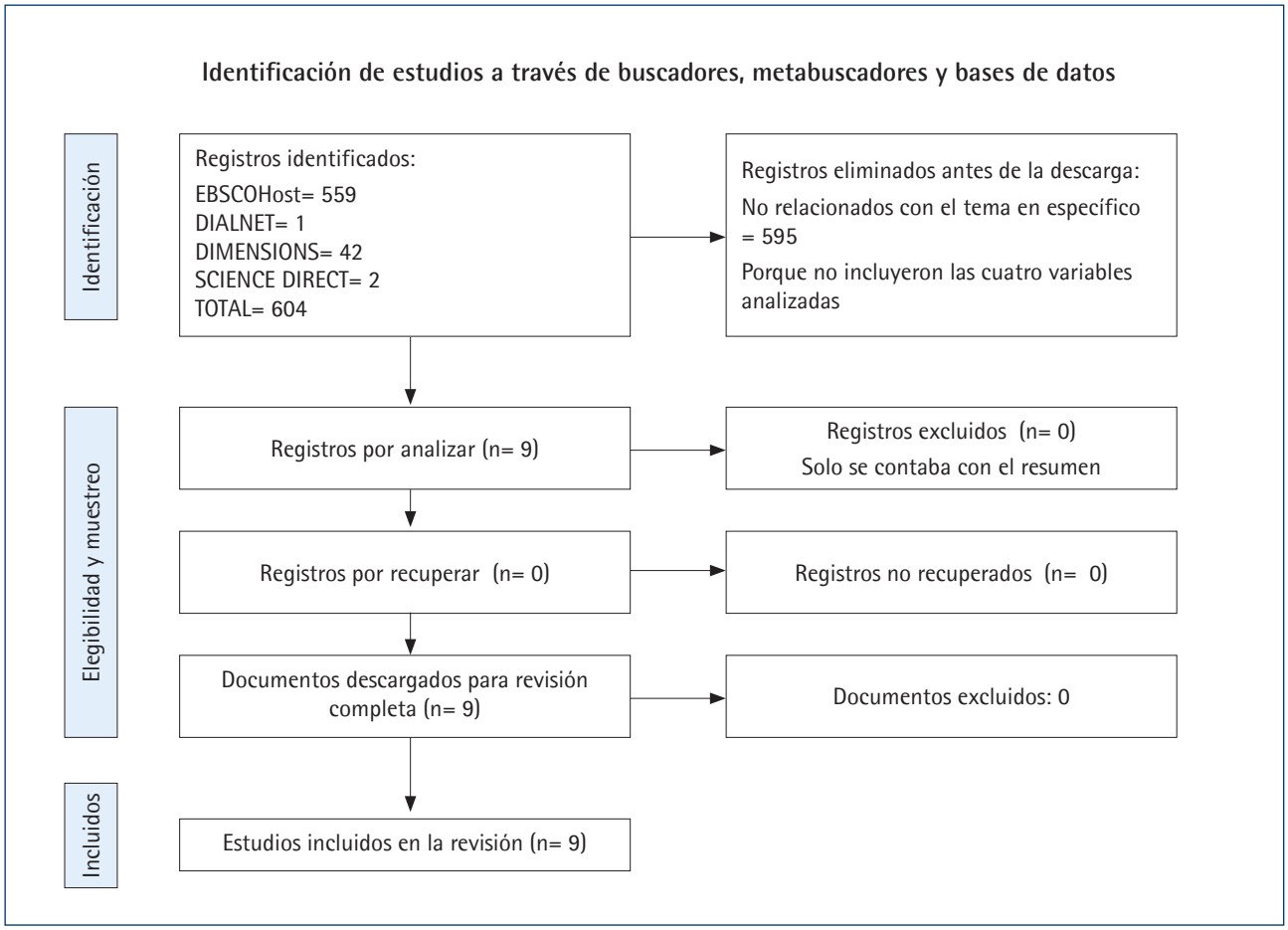


Figura 2. Diagrama de flujo: identificación de los estudios

Tabla 1. Características de los artículos seleccionados

Autor/ año/ país	Diseño	Muestra	Naturaleza de las intervenciones/ profesionales	Medidas de resultado	Resultados significativos
[12] Silva et al. (2020) México	Diseño controlado de antes y después	(n= 498) Pacientes con diabetes tipo 2	Los determinantes sociales de la salud incluidos fueron el nivel educativo y el estatus socioeconómico; se realizó un programa educativo de cinco meses de duración en un esquema de citas médicas ambulatorias, programadas y compartidas. Se utilizaron indicadores de calidad de la atención para los profesionales de la salud, un coordinador médico realizó una auditoría y brindó comentarios sobre el cumplimiento y la eficacia. Las intervenciones, incluidas las pruebas de laboratorio, fueron gratuitas para los pacientes. El suministro de medicamentos para el control de la glucemia estaba garantizado y cubierto por el sistema de atención de salud. El equipo multidisciplinario y de gestión de casos incluye un endocrinólogo, un nutricionista, una enfermera capacitada en diabetes, un psicólogo, un trabajador social, un podólogo y un oftalmólogo	DSS: Nivel educativo, el estatus socioeconómico Conocimientos, comportamiento y resultados de laboratorio, hemoglobina glucosilada	Se encontró una asociación significativa entre el nivel educativo (valor p= 0,010), el conocimiento sobre diabetes en línea de base (valor de p= 0,004) y puntuaciones de autocuidado al inicio (valor de p= 0,033) en el delta (cambio entre la línea de base y evaluaciones de seguimiento) de los niveles de hemoglobina glucosilada. Media e intervalo de confianza del 95% para variables clínicamente relevantes al inicio y después de la intervención en pacientes con tipo 2

Tabla 1. Características de los artículos seleccionados *(continuación)*

Autor/ año/país	Diseño	Muestra	Naturaleza de las intervenciones/ profesionales	Medidas de resultado	Resultados significativos
[13] Sanaeinasab et al. (2020) Irán	Ensayo clínico controlado aleatorizado	(n= 80) Participantes con diabetes tipo 2	Modelo educativo y de promoción de la salud. Para evaluar la eficacia del programa se utilizó un cuestionario demográfico junto con el Perfil de Estilo de Vida de Promoción de la Salud-II y pruebas de laboratorio relacionadas. La intervención consistió en seis sesiones educativas durante 45 días. El grupo de control recibió atención diabética de rutina en la clínica. Tres meses después, los participantes completaron las medidas nuevamente. Luego se realizaron comparaciones dentro y entre grupos/ departamento de educación sanitaria. Profesionales que participación: médico, especialista en salud conductual, trabajo social y asistente médico	DSS: Educación, estilo de vida, alimentación Conocimientos, comportamiento y resultados de laboratorio; control glucémico, hemoglobina glucosilada, los triglicéridos, el colesterol y el peso	Todas las medidas clínicas también mejoraron significativamente dentro del grupo de intervención desde el inicio hasta el seguimiento ($p < 0,001$), mientras que la hemoglobina glucosilada, la glucosa en sangre en ayunas, el colesterol HDL, los triglicéridos, el colesterol y el peso también cambiaron significativamente en el grupo de control
[14] Roth et al. (2023) Estados Unidos	Estudio de cohorte	(n= 1.220) Pacientes adultos con diabetes tipo 2, edades comprendidas entre 18 y 65 años	Las intervenciones consistieron en enfoques clínicos como extensión, protocolos estandarizados y educación para el autocontrol de la diabetes y estrategias que incluyen determinantes sociales de la salud, detección de necesidades sociales, derivación a un servicio de recursos comunitarios y apoyo a las necesidades sociales Personal médico, enfermería, nutrición, especialistas en recursos multilingües y multiculturales	DSS: El acceso a servicios de atención de la salud, educación para el autocontrol de la diabetes, transporte, entorno social Conocimientos, comportamientos, resultado de laboratorio, hemoglobina glucosilada	En comparación con los pacientes de las clínicas de control, los pacientes vieron un aumento en la educación sobre diabetes (15,5%, $p< 0,001$), tuvieron una probabilidad modestamente mayor de recibir pruebas de detección de determinantes sociales de la salud (4,4%, $p< 0,087$) y tuvieron un aumento en el número promedio de visitas virtuales de Atención Primaria de 0,35 por afiliado, por año ($p< 0,001$). No se observaron diferencias en hemoglobina glucosilada, presión arterial ni hospitalización
[15] Zhang et al. (2023) China	Ensayo clínico aleatorizado	(n= 118) Participantes con diabetes tipo 2	La intervención consistió en un programa de educación para el autocontrol de la diabetes, centrado en la utilización de recursos sociales multinivel, de seis sesiones grupales. Profesionales de la salud, personal de enfermería	DSS: Educación para el autocontrol de la diabetes, recursos sociales Conocimientos, comportamientos y resultados de laboratorio; hemoglobina glucosilada	No hubo diferencias significativas entre los 2 grupos antes de que el estudio avanzara ($p> 0,05$). Sin embargo, puntuaciones medias de alfabetización sanitaria ($p= 0,007$), calidad de vida ($p= 0,01$) y niveles de hemoglobina glucosilada ($p< 0,001$) han mostrado diferencias significativas entre los dos grupos inmediatamente y tres meses después de aplicada la intervención

Tabla 1. Características de los artículos seleccionados *(continuación)*

Autor/ año/país	Diseño	Muestra	Naturaleza de las intervenciones/ profesionales	Medidas de resultado	Resultados significativos
[17] Maury et al. (2022) Estados Unidos	Descriptivo correlacional con medición antes y después de la intervención educativa	(n= 250) Participantes con diabetes tipo 2	Intervención educativa sobre la diabetes tipo 2, dirigida a las personas sin hogar residentes en un refugio, con el fin de mejorar las técnicas de autocontrol y autocuidado de esta enfermedad crónica. En la intervención educativa tomaron en cuenta aspectos como el nivel socioeconómico, cultura, etnia, percepción de la calidad de vida. El investigador evaluó la capacidad para comunicarse oralmente de forma coherente y su capacidad para leer y escribir. Se recopilaron indicadores demográficos, educación, acceso a la atención médica y apoyo social para proporcionar información básica	DSS: Educación, calidad de vida, seguridad alimentaria Conocimientos, comportamientos y resultados de laboratorio	Datos demográficos: 88% hombres y 12% mujeres, 40% hispanos, 36% afroamericanos, 26% caucásicos, idioma 64% inglés y 36% español. Hubo una diferencia significativa en la medición antes y después de dos meses de la intervención educativa (p< 0,000)
[18] Ramírez et al. (2019) Colombia	Descriptivo, correlacional, transversal	(n= 17,113) Adultos mayores de 59 años con diabetes tipo 2	Influencia de determinantes intermedios individuales y estructurales del contexto socioeconómico. Intervenciones efectivas de prevención y detección temprana de riesgo de diabetes. Asociación Probienestar de la Familia Colombiana, Profamilia	DSS: Individuales y estructurales del contexto socioeconómico, educación, acceso a la salud Conocimientos, comportamientos y resultados sobre percepción en salud	Intervenciones de prevención y detección temprana de riesgo de diabetes, deben incluir factores sociales y económicos del contexto departamental, de modo que logren mejorar el estado de salud de los adultos mayores colombianos Los determinantes intermediarios individuales como efectos fijos; los modelos multinivel se presentan con odds ratio (OR), intervalos de confianza al 95%, aceptando niveles de significancia de p< 0,05 y < 0,10
[19] Barrios et al. (2022) España	Estudio piloto exploratorio, observacional, retrospectivo, transversal	(n= 404) pacientes con diabetes tipo 2	La intervención consistió en la delimitación de zonas que ameritaban transformación social y se llevó a cabo la educación en salud, entrevista motivacional, detección de problemas tanto sanitarios como sociales, cuidados familiares, gestión de cuidados y alta complejidad en la comunidad. Medicina, enfermería y trabajo social	DSS: Educación, el acceso a servicios de atención de la salud, entorno social. Conocimientos, comportamientos y resultados de laboratorio, hemoglobina glucosilada	No hubo diferencias significativas entre los pacientes de áreas socialmente deprimidas y aquellos que no lo eran, excepto por una mayor adherencia a los programas de seguimiento de enfermería

Tabla 1. Características de los artículos seleccionados *(continuación)*

Autor/ año/país	Diseño	Muestra	Naturaleza de las intervenciones/ profesionales	Medidas de resultado	Resultados significativos
[20] Heredia et al. (2022) España	Estudio descriptivo correlacional transversal	(n= 256) Individuos de una comunidad rural con diabetes tipo 2	Relación de los determinantes sociales de salud con el riesgo de diabetes tipo 2, en población mexicana. Estrategias de salud que contemplen factores contextuales simultáneos al estilo de vida, que refuercen las acciones del personal de salud para contribuir a la reducción de los índices de morbimortalidad causados por la diabetes tipo 2. Sector público de salud, personal sanitario	DSS: Determinantes estructurales e intermedios Conocimientos, comportamientos	Los indicadores de riesgo de diabetes tipo 2, con mayor frecuencia para adultos, fue padecer hipertensión arterial, sobrepeso y obesidad. Resultó que el riesgo de diabetes tipo 2 se acrecentaba según lo hacía la edad (p< ,01), pero disminuía al aumentar la escolaridad de las personas (p< ,05)

DSS= determinantes sociales de la salud; n= muestra; p= valor de p (significancia estadística)
Fuente: elaboración propia

Discusión

Actualmente, es necesario el abordaje de los determinantes sociales para diseñar estrategias de intervención en los pacientes adultos con diabetes, pues se ha visto una total desigualdad en inequidad para el acceso a los servicios de salud. Lo anterior, como se menciona en un estudio realizado en Cuba [22], concluyó que los determinantes sociales ejercen una gran influencia sobre el proceso salud-enfermedad en el control metabólico influyendo negativamente, tanto en la incidencia de la DT2 como en la aparición de complicaciones.

En el presente estudio se incluyeron algunas intervenciones que abordan los determinantes sociales de la salud y que involucran diferentes disciplinas para el automanejo y la mejora de la calidad de vida de las personas que viven con DT2.

Con relación a las diferencias y similitudes que se encontraron en esta investigación se puede mencionar que, de los estudios seleccionados, en ocho artículos se realizan intervenciones educativas sobre los determinantes sociales de la salud, que involucran modificaciones de los factores conductuales como cambios en el estilo de vida, dieta, ejercicio, apego al tratamiento, información sobre los recursos sociales y la importancia de su uso para el automanejo de la enfermedad; de igual manera, se abordan también situaciones que involucran las costumbres y creencias de los pacientes. Los principales expertos que participan en la intervención son los médicos, las enfermeras, los nutriólogos, los trabajadores sociales y los psicólogos [12, 13, 15-18, 20, 21].

De acuerdo con la evidencia obtenida, se puede mencionar cierta incapacidad para generalizar los resultados en un mismo país, debido al lugar de los artículos analizados, por ejemplo, algunos fueron en regiones rurales y otros en regiones urbanas del mismo país y en algunos no se aleatorizó [23]. En los estudios en donde se compararon unidades médicas, las distancias eran pequeñas, por lo que en algunos lugares adoptaron las actividades de los sitios cercanos, por tanto fue complicado comparar el impacto de la intervención [14]. Uno de los estudios revisados incluyó a los participantes con los niveles de hemoglobina glucosilada dentro del estándar, así que habría que considerar niveles con mal control glucémico [15].

Entre las principales limitaciones que se encontraron en esta investigación se puede mencionar que el seguimiento de los participantes del estudio es menor a seis meses, lo que se considera como una debilidad del presente estudio, pues no garantiza que la intervención haya sido completamente efectiva. Por otro lado, la información sobre la disponibilidad y el uso de los recursos en salud es de vital importancia, ya que como se observa en los resultados de un estudio realizado en Brasil, se demostró que la utilización de los servicios de salud se relaciona con el nivel de conocimiento sobre la existencia de estos servicios, así como también la influencia del nivel educativo [24]. Tal como se demostró en este estudio, estas intervenciones evidenciaron una mejora en el control y autocuidado de los pacientes con DT2.

Entre las principales fortalezas encontradas destaca, en primera instancia, el uso de ensayos clínicos aleatorizados, pues se considera un diseño confiable para evaluar la efectividad de intervenciones en salud. Algunos estudios emplearon estrategias que abordan directamente los determinantes sociales de los pacientes, lo cual refleja una aproximación integral para mejorar la salud de los adultos con DT2 y brinda la oportunidad de plantear estrategias de salud que contemplen factores contextuales simultáneos al estilo de vida, para que refuercen las acciones del personal de salud y, de este modo, reducir los índices de morbimortalidad, el uso de un equipo multidisciplinario y garantizar un manejo integral en los pacientes con DT2 [12].

En dos estudios analizados en este trabajo [14, 19] se observó la implementación de intervenciones que utilizaron determinantes sociales, principalmente los estructurales, que incluyeron la detección de necesidades sociales, derivación a un escritorio de recursos comunitarios y apoyo para necesidades sociales como el transporte. Así como también la implementación de políticas y organización de salud efectivas para mitigar los efectos negativos generados por los determinantes sociales inherentes a los sectores más desfavorecidos de la comunidad en los resultados de salud de la DT2; esto se menciona en una revisión sistemática realizada en Barcelona (España) en donde las condiciones de acceso a recursos sanitarios, ecológicos y tecnológicos en el ámbito urbano y rural también marcan diferencias en salud dentro de una misma población [25]. En un estudio realizado en Colombia [26], se menciona la asociación entre desventajas socioeconómicas con la DT2 y un refuerzo entre condiciones socioeconómicas y étnico/raciales. La primera afirmación coincide con las relaciones entre gradiente social y condiciones de salud, es decir, un empeoramiento de las condiciones de salud en la medida que se desciende en la escala socioeconómica.

El impacto en la salud comunitaria se ve reflejado en el enfoque de los determinantes sociales en las poblaciones, pues esta disciplina se encarga de extender el sistema sanitario hasta la intimidad de las viviendas, principalmente en regiones rurales, y conocer la realidad social de la zona; así como también se caracteriza por la aplicación de los conocimientos de los profesionales con el objetivo de aumentar el nivel de salud de la población mediante la planificación en equipos, conformados por enfermeros, médicos, psicólogos y trabajadores sociales, dietistas y educadores en diabetes fundamentalmente, en función de la promoción, prevención y la rehabilitación de la salud, tal como se aborda en este estudio [27].

Con respecto a las líneas de investigación se puede mencionar que, en contraste con la evidencia del presente estudio, es necesaria la realización de investigaciones en las que se utilicen políticas públicas con enfoque en el modelo de los determinantes sociales. De acuerdo con los resultados que se obtuvieron, se observó que las intervenciones educativas que abordan los determinantes intermedios, como los factores conductuales, fueron las estrategias más utilizadas, quizá porque este sea el método más económico, accesible y factible [5]. Se observó resultados de mejora en dichos estudios, pues se logró el control de la enfermedad en los pacientes estudiados.

Entre las limitaciones observadas en los estudios analizados destaca la falta de detalles sobre el contenido de las intervenciones. Los programas educativos no se basan en un enfoque teórico y no se especifica la formación de los intervencionistas, es decir, si tienen capacitación en educación sobre diabetes. Además, la mayoría de los estudios no presenta un seguimiento de las actividades desarrolladas durante la intervención.

Conclusión

La evidencia analizada señala que las intervenciones multidisciplinarias realizadas por médicos, enfermeras, nutriólogos, trabajadores sociales y psicólogos que aborden los determinantes sociales de la salud como nivel educativo, servicios de salud, entorno social, económico, seguridad alimentaria, transporte, cultura, estilo de vida, etc., demuestran cambios en personas adultas que viven con diabetes tipo 2 en parámetros como hemoglobina glucosilada, que contribuyen con el control de la glucosa. Las estrategias educativas son las que han demostrado cambios significativos en la modificación de conductas en el estilo de vida de las personas, tales como alimentación saludable, ejercicio, apego al tratamiento, y para dar información sobre la existencia de recursos sociales en la comunidad.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Financiación

Ninguna.

Bibliografía

[1] Flores A, Casas D, Rodriguez A, Reyes J. Determinantes sociales de la salud: Una reflexión sobre la Diabetes Mellitus. Diotimia Revista Transdisciplinaria. [internet] 2021 [citado 5 may 2025]. Disponible en: http://hdl.handle.net/20.500.11799/112960

[2] Cebrián A. Desigualdades sociales en la salud y el control de la diabetes mellitus tipo 2. Diabetes práctica 2022; 1(Supl Extr 1):1-38.

[3] Heredia M, Gallegos E. Riesgo de diabetes mellitus tipo 2 y sus determinantes. Enferm. glob. [internet]. 2022 [citado 5 may 2025]; 21(65):179-202. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&tpid=S1695-61412022000100179&tlng=es

[4] Organización Mundial de la Salud (OMS). Organización Panamericana de la Salud (OPS). Determinantes sociales de la salud. OMS; OPS [internet] 2021 [citado 5 may 2025]. Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/determinantes-sociales-salud#:~:text=La%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de%20la,condiciones%20de%20la%20vida%20cotidiana%22

[5] De La Guardia M. La salud y sus determinantes, promoción de la salud y educación sanitaria. JONNPR. 2020; 5(1).

[6] Silva Tinoco R, Cuatecontzi Xochitiotz, T, De la Torre-Saldaña V. Papel de los determinantes sociales y otros determinantes de la salud en el efecto de una estrategia de atención integrada multicomponente sobre la diabetes mellitus tipo 2. Int J Equity Health 2020; 19:75. doi: https://doi.org/10.1186/s12939-020-01188-2

[7] Jiménez Barbosa WG, Baquero Pérez DS, Mora Sánchez MDP, Salinas LR. Determinantes sociales de la salud influyentes en la complicación de pacientes hipertensos y diabéticos que padecen insuficiencia renal. Rev. Médica Risaralda [internet] 2019 [citado 5 may 2025]; 25(1). Disponible en: https://revistas.utp.edu.co/index.php/revistamedica/article/view/15871

[8] Ronquillo W, Loor J, Olvido M. Factores determinantes y complicaciones en pacientes diabéticos. Revista de Ciencias de la Salud. 2023. doi: https://doi.org/10.47606/ACVEN/MV01

[9] Escobar J, Arredondo A. Revisión y análisis sobre la efectividad del modelo multidisciplinario para la atención de la diabetes. Horiz. sanitario 2019; 18(3):261-8. doi: https://doi.org/10.19136/hs.a18n3.3300

[10] ¿Qué es la enfermería comunitaria? Red Cubana de Enfermería Comunitaria [internet] [citado 5 may 2025]. Disponible en: https://temas.sld.cu/redenfermeriacomunitaria/

[11] Ciapponi A. La declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para reportar revisiones sistemáticas. Evid actual pract ambul [internet] 2021 [citado 5 may 2025]; 24(3):e002139. Disponible en: https://evidencia.org.ar/index.php/Evidencia/article/view/6960

[12] Silva R, Cuatecontzi T, De la Torre V, León E, Serna J, Guzmán E, et al. Role of social and other determinants of health in the effect of a multicomponent integrated care strategy on type 2 diabetes mellitus. Int J Equity Health 2020; 19:75. doi: https://doi.org/10.1186/s12939-020-01188-2

[13] Sanaeinasab H, Saffari M, Yazdanparast D, Karimi A, Al F. Effects of a health education program to promote healthy lifestyle and glycemic control in patients with type 2 diabetes: A randomized controlled trial. PCDE 2021; 15(2):275-82. doi: https://doi.org/10.1016/j.pcd.2020.09.007

[14] Roth S, Gronowski B, Jones K, Smith R, Smith S, Kauffman S, et al. Evaluation of an Integrated Intervention to Address Clinical Care and Social Needs Among Patients with Type 2 Diabetes. J Gen Intern Med. 2023; 38(Suppl 1):38-44. doi: https://doi.org/10.1007/s11606-022-07920-8

[15] Zhang F, Fu L, Wang L, Xing L, Liu K, Jiang X, et al. The effectiveness of self-management programme based on multilevel social resources utilization in diabetes mellitus patients: A randomized controlled study. Int J Nurs Pract. 2023; 29(3):e13138. doi: https://doi.org/10.1111/ijn.13138

[16] Amoozadeh B, Parandeh A, Khamseh F, Goharrizi M. The effect of culturally appropriate self-care intervention on health literacy, health-related quality of life and glycemic control in Iranian patients with type 2 diabetes: A controlled randomized clinical trial. Iran J Nurs Midwifery Res 2023; 28:293-9. doi: https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr_391_20

[17] Maury A, Maury S, Marín J, Marín A. Intervención educativa sobre la diabetes tipos 2 en una población sin hogar de Miami-Dade. Horiz. sanitario 2022; 21(2):214-21. doi: https://doi.org/10.19136/hs.a21n2.4746

[18] Ramírez N, Osorio A, Gallegos E. Determinantes individuales y contexto socioeconómico en el reporte de diabetes mellitus tipo 2. J. Health NPEPS 2019; (2):180-99.

[19] Barrios Quinta AM, Morilla Romero de la Osa R, Bueno Ferrán M. Reducing health inequalities among most disadvantaged type 2 diabetes patients: A cross-sectional exploratory pilot study. J Nurs Scholarsh. 2022; 54(6):668-77. doi: https://doi.org/10.1111/jnu.12781

[20] Heredia M, Gallegos Cabriales EC. Riesgo de diabetes mellitus tipo 2 y sus determinantes. Enf Global 2022; 21(1):179-202. doi: https://doi.org/10.6018/eglobal.482971

[21] Frier A, Devine S, Barnett F, McBain-Rigg K, Dunning T. Improving type 2 diabetes care and self-management at the individual level by incorporating social determinants of health. Aust N Z J Public Health. 2022; 46(6):865-71. doi: https://doi.org/10.1111/1753-6405.13296

[22] Porro Cruz GR, Gómez Méndez RR, Rodríguez M. Influencia de los determinantes sociales en el control metabólico de pacientes Diabéticos Tipo II. SPIMED [internet] 2023 [citado 5 may 2025]; 4(2). Disponible en: https://revspimed.sld.cu/index.php/spimed/article/view/180

[23] Aguayo V, Orellana A. Intervenções de enfermagem em pacientes com diabetes mellitus tipo 2 que aumentam seus comportamentos de autocuidado: revisão sistemática. Enfermería Actual de Costa Rica 2019. doi: http://dx.doi.org/10.15517/revenf.v0i36.34238

[24] Rodrigues A, Cavalcanti A, Pereira J, Araújo C, Bernardino I, et al. Uso dos serviços de saúde segundo determinantes sociais, comportamentos em saúde e qualidade de vida entre diabéticos. Ciênc. saúde coletiva 2020; 25(3). doi: https://doi.org/10.1590/1413-81232020253.19532018

[25] Subirats M, Romera L. ¿Es la diabetes mellitus una enfermedad social? Diabetes Práctica 2020; 11(03):77-110.

[26] Ortiz N. Relaciones entre las desigualdades sociales y la Diabetes Mellitus tipo 2. Revista Gerencia y Políticas de Salud. 2020; 19. doi: https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps19.rds

[27] Sánchez J, Blanco Y. La enfermería rural comunitaria: un pilar de la salud pública cubana. Revista Científica Estudiantil de Cienfuegos Inmedsur. [internet] 2024 [citado 5 may 2025]; 7(1):e2274. Disponible en: http://www.inmedsur.cfg.sld.cu/index.php/inmedsur/article/view/274/257

[1] Linda Karla Quitl Carrillo
[2] Erick Landeros Olvera
[3] Julio Jiménez Pérez
[4] Salvador Ramires Morales
[5] Mariel Méndez Reyes

Terapias no farmacológicas para depresión y ansiedad en mujeres con cáncer de mama: revisión sistemática

[1] *Estudiante de la especialidad de cuidados intensivos. Facultad de Enfermería. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. México*

[2] *Doctor en Ciencias de Enfermería. Facultad de Enfermería. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. México*

[3] *Estudiante de la especialidad de cuidados intensivos. Facultad de Enfermería. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. México*

[4] *Estudiante de la especialidad de cuidados intensivos. Facultad de Enfermería. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. México*

[5] *Estudiante de la especialidad de cuidados intensivos. Facultad de Enfermería. Benemérita Universidad Autónoma de Puebla. México*

E-mail: karlitaqc1985@gmail.com

Cómo citar este artículo:
Quitl Carrillo LK, Landeros Olvera E, Jiménez Pérez J, Ramires Morales S, Méndez Reyes M. Terapias no farmacológicas para depresión y ansiedad en mujeres con cáncer de mama: revisión sistemática. RIdEC 2025; 18(1):43-54. doi: https://doi.org/10.63178/xqqz3798ridec

Fecha de recepción: 11 de diciembre de 2024.
Fecha de aceptación: 8 de mayo de 2025.

Resumen

Introducción: el cáncer de mama (CaMa) es una de las principales causas de morbimortalidad entre mujeres a nivel mundial. Es crucial abordar aspectos emocionales de la enfermedad. Tradicionalmente han tratado con medicamentos; sin embargo, las terapias no farmacológicas (TNF) no son suficientemente abordadas a pesar de su potencial.

Objetivo: describir las TNF para el apoyo de la depresión y ansiedad en mujeres con CaMa realizadas por profesionales de salud en los últimos cinco años.

Método: revisión sistemática bajo lineamientos del PRISMA sobre las bases de datos: Cochrane, EBSCO, PubMed y Dialnet. Se usaron descriptores DeCS/MeSH del 2019 al 2024 en cuatro idiomas. Se incluyeron artículos experimentales con TNF en mujeres con CaMa. De 1.916 artículos recuperados, seis fueron seleccionados para el análisis final: un ensayo clínico controlado y cinco revisiones sistemáticas. Las TNF incluyeron yoga, risoterapia, musicoterapia, Tai Chi y aromaterapia.

Resultados: dos artículos obtuvieron altos puntajes PRISMA 74,07% y 77,77%. Un estudio aleatorizado obtuvo un puntaje de 59,4% de acuerdo con los lineamientos del CONSORT. Las TNF que mostraron mejor eficacia, en un 95% sobre la depresión y ansiedad, fueron las que usaron musicoterapia y Tai Chi.

Conclusiones: aunque los estudios presentan limitaciones, ofrecen evidencia preliminar de su efectividad sobre la depresión y la ansiedad. Se necesitan más investigaciones con diseños rigurosos como ensayos clínicos aleatorizados para confirmar estos hallazgos y optimizar las intervenciones de los profesionales de salud, particularmente de enfermería que interactúa directamente con las mujeres con CaMa y sus cuidadores.

Palabras clave: terapias no farmacológicas; mujeres; cáncer de mama; depresión; ansiedad.

Abstract

Non-pharmacological therapies for depression and anxiety in women with breast cancer: a systematic review

Introduction: *breast cancer (BC) is one of the main causes of morbimortality in women in the world. It is essential to address the emotional aspects of this condition, which have been traditionally treated with medications; however, non-pharmacological therapies (NPTs) are not sufficiently addressed regardless of their potential.*

Objective: *to describe the NPTs as support for depression and anxiety in women with BC conducted by health professionals during the past five years.*

Method: *a systematic review under PRISMA guidelines, using the Cochrane, EBSCO, PubMed and Dialnet databases. DeCS/MeSH descriptors were used, from 2019 to 2024, in four languages. Experimental articles with NPTs in women with BC were included. Out of 1,916 articles retrieved, six were selected for the final analysis: a controlled clinical trial and five systematic reviews. The TNFs included yoga, laughter therapy, music therapy, Tai Chi and aromatherapy.*

Results: *two articles obtained high PRISMA scores: 74.07% and 77.77%. A randomized study obtained a 59.4% score according to the CONSORT guidelines. The NPTs which showed higher efficacy (95%) for depression and anxiety were those using music therapy and Tai Chi.*

Conclusions: *even though studies presented limitations, they offered preliminary evidence of their efficacy on depression and anxiety. Further research is required, such as randomized clinical trials with rigorous design, in order to confirm these findings and optimize the interventions by health professionals, particularly nurses, who interact directly with women with BC and their caregivers.*

Key words: *non-pharmacological therapies; women; breast cancer; depression; anxiety.*

Introducción

En los últimos años, el cáncer de mama (CaMa) ha sido una de las principales causas de morbimortalidad entre las mujeres y la causa más prevalente a nivel mundial; de acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS) [1], en el año 2024 se diagnosticaron 16.626 millones de casos y se registraron 670.000 defunciones por esta enfermedad. En Iberoamérica la situación no es diferente; el CaMa es la primera neoplasia más común en mujeres, con una incidencia de 152.059 casos anuales, cada año se producen en la región más de 462.000 casos nuevos y casi 100.000 muertes a causa de esta enfermedad [2]. La incidencia en la región está en un promedio de 27 casos por 100.000 mujeres, alcanzando valores superiores a 50 casos en países como Argentina, Uruguay y Brasil [3]; asimismo, por el CaMa se reporta que en México hubo, en el año 2023, más de 8.000 defunciones a causa de este padecimiento [4] y en España se reportaron más de 35.000 nuevos casos durante el año 2022 [5]. Si la tendencia continúa de esta manera, se estima que para el año 2030 existirán aproximadamente 572.000 nuevos casos de CaMa en Iberoamérica; por consecuencia, podrían representar cerca de 130.000 muertes anuales [6].

Una de las situaciones más importantes para enfrentar este padecimiento es el apego a un tratamiento, donde es crucial el apoyo emocional de la familia y el personal de salud, quienes juegan un papel destacado. Debido a que el cáncer es un proceso crónico degenerativo, se requiere aceptación de las mujeres y sus familias, sin dejar de luchar por su recuperación, además de la participación de todos los que apoyan a estas mujeres (amistades, cuidadores personales de salud). Muchas veces, las emociones que se pueden presentar en este padecimiento pueden ser afectadas y no tratadas, independientemente de la quimioterapia, radioterapia o cirugía. En este contexto la familia proporciona un entorno de amor y comprensión, mientras que el personal de salud ofrece orientación y cuidado profesional; juntos, estos apoyos ayudan a las pacientes a enfrentar los desafíos emocionales y físicos de la enfermedad, para mejorar significativamente su calidad de vida [7-9].

Este panorama subraya la importancia de abordar los aspectos físicos como emocionales de la enfermedad. Aunque tradicionalmente, las alteraciones psicológicas se han tratado con medicamentos en estas mujeres, por ejemplo, para reducir

la ansiedad y la depresión, en este contexto, se han identificado TNF que han mostrado ser efectivas en la reducción de estos padecimientos y que pueden ser complementarias al tratamiento de la quimioterapia e inclusive a la radioterapia. Es fundamental que las mujeres que padecen CaMa reciban TNF, ya que muchas de estas intervenciones han mostrado ser efectivas en la reducción de la ansiedad y la depresión. Sin embargo, en ocasiones, no se verifica el tipo o la dosis de las TNF que se pueda fundamentar bajo la evidencia científica [10, 11].

La literatura identifica diversas TNF efectivas en el manejo de la ansiedad y depresión en mujeres con cáncer. En primer lugar, se encuentra a Muñoz Algar y Bernal García [12], quienes abordaron la ansiedad en mujeres diagnosticadas con cáncer, en esas investigaciones. Sus terapias incluyeron el *mindfulness*, los enfoques cognitivo-conductuales y la relajación como terapias complementarias efectivas, así como el yoga que resultó ineficaz en este trabajo. En segundo lugar, se encontraron los hallazgos de Coutiño et al. [13], quienes analizaron diversas TNF, entre las que destacaron el ejercicio, la psicoterapia y el yoga como meditación para reducir síntomas depresivos en mujeres con cáncer; los autores sugirieron que esas intervenciones eran efectivas, aunque recomendaron mayor investigación para determinar la magnitud de la reducción de los síntomas, considerar la gravedad, la presencia de comorbilidades y la diversidad de los pacientes. Así mismo, el Instituto Nacional del Cáncer [14] discutió las ventajas de utilizar la telemedicina para fomentar las formas de ayudar a los sobrevivientes de cáncer para afrontar la ansiedad y depresión, especialmente en áreas donde el acceso a proveedores de salud era limitado. Por último, Melo et al. [15] encontraron que la aromaterapia mejoró los síntomas de ansiedad, sobresalió el predominio de los aceites esenciales de lavanda, bergamota, incienso y sándalo, por sus efectos ansiolíticos, relajantes, sedantes, antidepresivos y reductores de la tensión muscular.

A pesar de los avances significativos en el tratamiento del CaMa, existe un vacío considerable en el conocimiento sobre la efectividad y aplicación de las TNF en mujeres que padecen esta enfermedad. Estas terapias, que incluyen intervenciones como la acupuntura, la meditación, el yoga y la terapia artística, mostraron potencial para mejorar la ansiedad y depresión [16]. No obstante, la falta de estudios de alta calidad limita la comprensión de su eficacia y seguridad. Además, la variabilidad en los métodos de aplicación y la falta de estandarización en las prácticas terapéuticas dificultan la comparación de resultados y la formulación de recomendaciones claras.

Por lo tanto, es crucial que se realicen más investigaciones para llenar este vacío de conocimiento y proporcionar a las mujeres con CaMa opciones de tratamiento complementarias basadas en evidencia científica sólida. Sería interesante realizar una revisión de la literatura que contribuya a identificar lo que se ha estudiado o está poco clarificado, así como identificar las mejores TNF que puedan complementar el tratamiento de las emociones negativas de las mujeres con CaMa. Incluso, la información podría contribuir a la efectividad de las terapias convencionales como la quimioterapia y la radioterapia, o mejorar la recuperación después de una cirugía [17].

El conocimiento que se deriva de esta revisión podría fundamentar el cuidado de profesionales de salud, particularmente a los de enfermería de práctica avanzada que desarrollan ejercicio independiente en los consultorios o en los mismos hogares de las mujeres con CaMa. Así mismo, en instituciones de salud, donde podrían cambiar políticas de usuarias hospitalizadas para mejorar su tratamiento, dado que los profesionales de enfermería son los que principalmente interactúan de manera directa con estas mujeres y sus cuidadores o familiares en la comunidad. Los hallazgos de esta investigación podrían representar más y mejores herramientas para poder instruir la forma en que las mujeres con CaMa pueden afrontar sus padecimientos y no solo a la enfermedad, de una forma humana, científica y responsable.

Bajo el panorama planteado, el objetivo de este trabajo fue describir las terapias no farmacológicas para el apoyo de la depresión y ansiedad en mujeres con CaMa llevadas a cabo por profesionales de salud en los últimos cinco años.

Método

Se realizó una revisión sistemática bajo los lineamientos de la declaración PRISMA [18]. La pregunta de investigación se formuló utilizando el formato PICOT-D [19] (Tabla 1). ¿Cuáles son las mejores terapias no farmacológicas para el apoyo de la depresión y ansiedad en mujeres con cáncer de mama por parte de profesionales del área de salud publicadas en los últimos cinco años en bases de datos electrónicas?

La búsqueda de información se llevó a cabo en las bases de datos PubMed, Cochrane, EBSCO Host, Scielo, Dialnet. Se utilizó una estrategia de búsqueda específica con las palabras clave DeCS/MeSH en cuatro idiomas, que en combinación con los operadores boleanos [20] quedaron de la siguiente manera: en español, "terapias no farmacológicas *AND* cáncer de mama";

en inglés, *"breast cancer AND anxiety"*, en portugués, Câncer de Mama Inflamatorio y Ansiedad, en chino mandarín 乳腺癌 (cáncer de mama) y ansiedad es 焦. La última fecha de búsqueda fue el 9 de septiembre de 2024.

La búsqueda se limitó a los idiomas español, inglés, portugués y chino mandarín, publicados entre los años 2019 y 2024. Solo se incluyeron artículos de revistas indizadas, para asegurar la calidad en los estudios incluidos y garantizar la rigurosidad del proceso de revisión por pares.

Tabla 1. Formulación de pregunta PICOT-D

P Población	I Intervención	C Comparación	O Resultados	T tiempo	D Datos
Mujeres con CaMa	Investigaciones que hayan utilizado TNF para el apoyo de la depresión y ansiedad	Realizar una comparación para seleccionar las mejores TNF	Presentar las mejores TNF para el apoyo de la depresión y ansiedad en mujeres con CaMa	2019-2024	Bases de datos electrónicas

Criterios de inclusión

Se incluyeron artículos que cumplieran con las siguientes características: las participantes debían ser mujeres con CaMa, las intervenciones tenían que ser no farmacológicas, que incluyera un grupo que recibiera aromaterapia, yoga, risoterapia, musicoterapia o cualquier otro método no convencional o no farmacológico que describieran las intervenciones aplicadas y su duración. Se incluyeron aquellos estudios cuyo diseño fue experimental (cuasiexperimental, experimento puro, preexperimento y ensayo clínico aleatorizado, controlado o no aleatorizado), además se contemplaron las revisiones sistemáticas que conjuntaran los resultados de intervenciones para las variables de estudio.

Criterios de exclusión

Se excluyeron artículos duplicados, así como aquellos que no describían suficientemente las dosis de las intervenciones aplicadas, además de los que utilizaron terapias farmacológicas.

Procedimientos

La búsqueda se realizó mediante la aplicación de estrategias señaladas anteriormente de las bases de datos seleccionadas. Una vez seleccionados los artículos, los resultados fueron combinados en el *software* Covidence [21] en donde se eliminaron los artículos que estaban repetidos. Los estudios identificados se revisaron en dos etapas: primero, se evaluaron los títulos y resúmenes para determinar su relevancia; segundo, se revisaron los textos completos de los estudios seleccionados para confirmar su elegibilidad.

Los artículos que cumplieran los criterios de inclusión se leyeron a texto completo, de acuerdo con los lineamientos del grupo CONSORT [22] para ensayo clínico controlado y PRISMA [18] para las revisiones sistemáticas, lo cual facilitó la evaluación de aspectos metodológicos y posibles sesgos. Para evaluar los procedimientos metodológicos de cada artículo, como las fuentes de invalidez de los mismos, se utilizaron los criterios recomendados por Hernández et al. [23], como historia, maduración, administración de pruebas, instrumentación, sesgos, etc.

Resultados

A partir de la búsqueda, se recuperaron 1.916 artículos, de los cuales se removieron 86 duplicados, lo cual disminuyó a un total de 1.830 artículos para ser tamizados por título y resumen. Se eliminaron 1.795 artículos que no cumplieron con los criterios de selección; fueron elegibles un total de 35 documentos que fueron leídos a texto completo, de los cuales 29 tenían diferentes diseños de estudio o no abordaban las variables de interés; quedaron seis artículos incluidos para el análisis final y síntesis de la información (Figura 1).

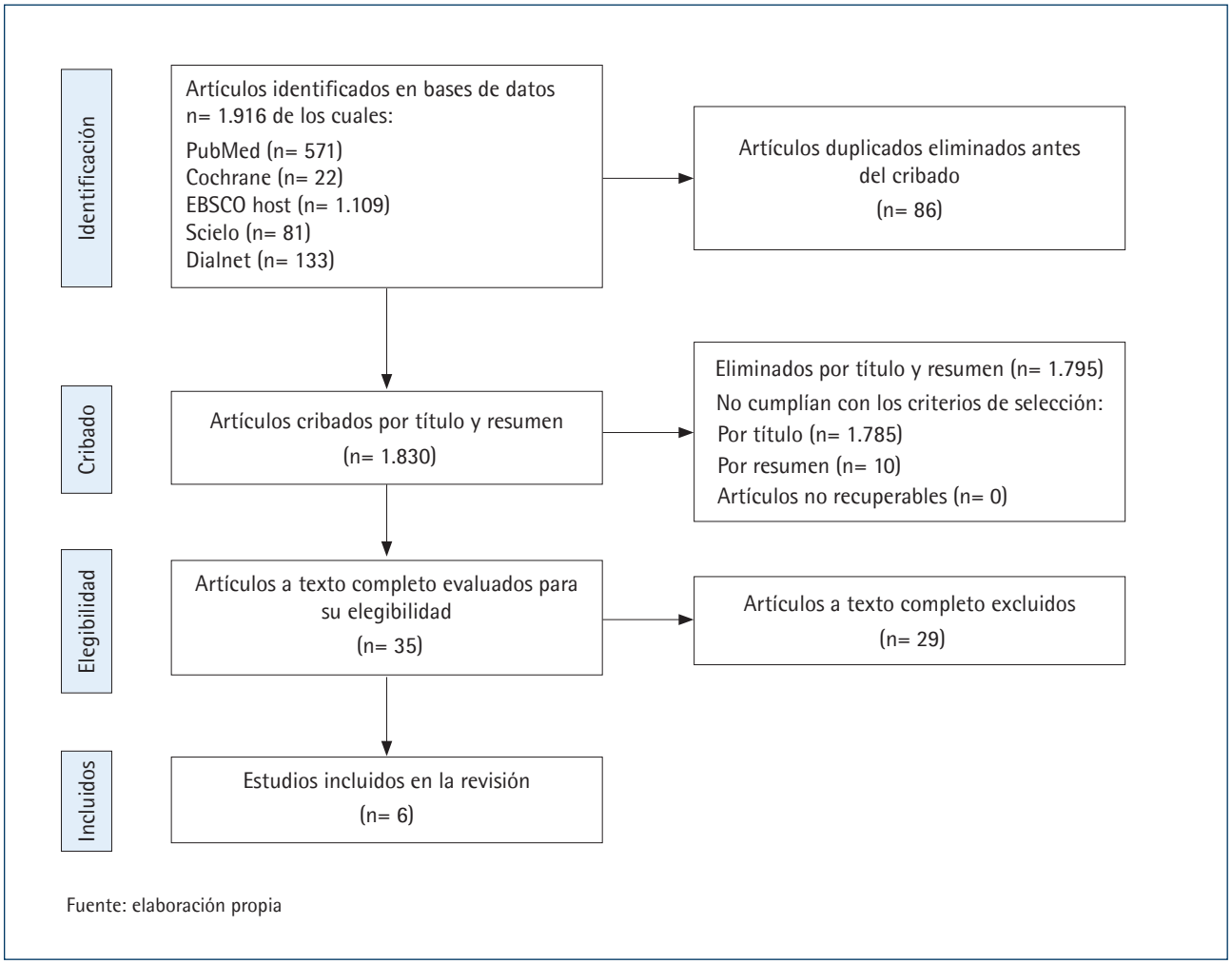


Figura 1. Diagrama de flujo de artículos de acuerdo con el PRISMA

Características generales de los estudios

El 33,33% de los artículos proviene de España y China, el 16,66% de Reino Unido y el 16,66% restante de Brasil. En cuanto a los diseños, se encontró que una de las investigaciones corresponde a un ensayo clínico controlado y cinco a revisiones sistemáticas. Las TNF incluyeron yoga, risoterapia, musicoterapia, Tai Chi, aromaterapia e intervenciones psicosociales. En síntesis, Cerezo [24] tuvo el objetivo de probar una dosis de risoterapia gradual y progresiva en 58 mujeres con cáncer de mama, realizó un ensayo clínico aleatorizado y controlado. Los principales hallazgos indicaron que el promedio aritmético del grupo experimental (GE) fue mayor al grupo control (GC): M= 6,07 ± 4,82 vs. M= 7,73 ± 4,95 respectivamente, p= ,001; los autores concluyeron que una dosis de risoterapia de ocho sesiones semanales con 60 minutos por sesión mejora la ansiedad en mujeres con cáncer de mama.

En el caso de las intervenciones psicosociales realizadas por enfermeras, se encontró una mejora significativa en la ansiedad a los seis meses (p< ,01), la inhalación de aceite esencial de lavanda mostró una disminución de esta misma variable (p< ,05). La musicoterapia demostró ser efectiva para reducir la ansiedad y la depresión en este tipo de pacientes (p< ,01), con efectos positivos. Finalmente, el Tai Chi mostró mejoras en las mismas variables (p= ,01). En la Tabla 2, se pueden observar las características principales como la dosis que se llevó a cabo en cada una de las TNF en los artículos que fueron seleccionados en la revisión.

En la Tabla 3 se especifican las dosis de las mejores intervenciones no farmacológicas.

Tabla 2. Características principales de los artículos

Título Referencia y origen	Base de datos	Tipo de muestra/ estudio	Duración	Intervenciones/Resumen	Resultados
Cerezo [24] ¿Mejoran la calidad de vida, ansiedad, depresión y fatiga gracias a la risoterapia? España	Dialnet	Ensayos clínicos aleatorizados	No define	Ocho sesiones semanales de 90 minutos. En todas las sesiones se realizaban ejercicios donde se promovía reírse, al menos durante 15 minutos como mínimo, dedicando los últimos 10 minutos de la sesión a una meditación guiada	Las intervenciones mostraron cambios significativos en las mujeres que participaron en la risoterapia con mejoras en la ansiedad, GE (*M*= 6,07 ±4,82) vs. GC *M*= (7,73 ±4,95), *p*= ,001 y depresión, GE (*M*= 3,18 ± 3,32) vs. GC *M*= (5,18 ± 451), *p*= ,01
Brown et al. [25] Specialist breast care nurses for support of women with breast cancer (Review) Reino Unido	EBSCO	Revisión sistemática Selección de ensayos controlados aleatorios se incluyeron 14 Ensayos clínicos aleatorizados	Junio de 2021	Evaluar los efectos de las intervenciones individuales realizadas por enfermeras sobre los indicadores de calidad de vida, ansiedad, depresión y satisfacción de los participantes	La ansiedad mejoró en el grupo de intervención liderado por enfermeras *p*< ,01, lo que indica una mejora significativa en la ansiedad a los seis meses
Sánchez Quiles [26] El yoga como un instrumento de enfermería en los cuidados al paciente oncológico con ansiedad España	Dialnet	Revisión sistemática, se analizaron 15 artículos	Marzo y abril de 2014	Se describen sesiones de yoga de diferentes duraciones, que varían desde dos sesiones de una hora cada una durante cuatro semanas, y otra de una sesión de 90 minutos durante seis semanas	Se analizó el efecto del yoga sobre la ansiedad. En algunas intervenciones se logró una disminución hasta un 63%
Melo et al. [15] Efectos de la aromaterapia sobre los síntomas de ansiedad en mujeres con cáncer de mama: revisión sistemática Brasil	Scielo	Revisión sistemática, y metaanálisis de ensayos clínicos aleatorizados	Febrero 2022	La aromaterapia se aplicó por inhalación y masaje. Se destaca el predominio de los aceites esenciales de lavanda, bergamota, incienso y sándalo. La sesión inhalada era de un día a seis semanas, se realizaba hasta tres veces al día con duración de 20 a 30 minutos. Con masaje dos veces a la semana durante cuatro semanas con duración de 30 minutos cada sesión	La inhalación de aceite esencial de lavanda mostró una disminución de la ansiedad en el GE (*p*< ,05), mientras que en el grupo control CG no se observó una diferencia significativa (*p*> ,05)
Zhihui et al. [27] Effect of music therapy on	Pubmed	Revisión sistemática y metaanálisis	Octubre 2023	Las sesiones de musicoterapia generalmente duraron más de 30 minutos por sesión,	Se encontró que la terapia musical puede ayudar a reducir la ansiedad y la

Tabla 2. Características principales de los artículos *(continuación)*

Título Referencia y origen	Base de datos	Tipo de muestra/ estudio	Duración	Intervenciones/Resumen	Resultados
anxiety and depression in breast cancer Patients China				con una frecuencia de dos y tres semanas, el tipo de música fue seleccionada por las participantes	depresión (p< ,01), con efectos positivos moderados en el estado emocional general. Mostró un tamaño de efecto combinado significativo para reducir la ansiedad (*SMD*= -0,82) y la depresión (*SMD*= -0,76)
Xiao-Chao et al. [28] Effect of Tai Chi Chuan on Breast Cancer Patients China	EBSCO	Revisión sistemática y metaanálisis	31 de diciembre de 2018 al 16 febrero de 2020	Las intervenciones incluyeron movimientos suaves y circulares, coordinación respiratoria y posturas de Tai Chi con una duración de 12 semanas, las sesiones duraron 20 minutos	En comparación con la terapia sin ejercicio, TCC tuvo un efecto significativo en la ansiedad p= ,01

GC= grupo control. GE= grupo experimental. SMD= selección de media estandarizada. TCC= terapia cognitivo conductual
Fuente: elaboración propia

Tabla 3. Dosis de las mejores intervenciones no farmacológicas

Intervenciones	Eficacia	Duración	Núm. de sesiones	Tiempo por sesión	Efecto en ansiedad	Efecto en depresión	Ambas
Yoga	63% ansiedad	4 semanas	2 sesiones de yoga	1 hora	✓	X	X
Risoterapia	51,4% ansiedad	4 semanas	8 sesiones	60 minutos	✓	X	X
Musicoterapia	95% ambas	2 a 3 semanas	2 sesiones por día	≤ 30 minutos	✓	✓	✓
		2 a 4 semanas	1 sesión al día	30 minutos			
Aromaterapia inhalada		1 día a seis semanas	1 a 3 veces al día	20 y 30 minutos	✓	X	X
Aromaterapia con masaje		4 semanas	2 veces por semana	30 minutos			
Tai chi	95% ansiedad	12 semanas	2 sesiones por día	20 minutos	✓	X	X

Fuente: elaboración propia
Nota: el efecto se consideró con un valor de p< ,05

De acuerdo con los datos expuestos, se observa que en la mayoría de las revisiones sistemáticas se proporciona un resumen estructurado IMRD, se especifican las características de los estudios, se describen los métodos utilizados para evaluar el riesgo de sesgo en los estudios individuales. Además, se describen los métodos para el manejo de datos y la combinación de los resultados; no obstante, no se especifican las fuentes de financiamiento. Cabe señalar, que los estudios presentan coherencia metodológica entre el problema de investigación, el objetivo formulado, el método y las conclusiones. Quienes obtuvieron altos puntajes PRISMA [25] con 74,07% y Xi et al. [27] con 77,77%, mientras que Quiles [26] y Silva et al. [15] presentaron limitaciones en la heterogeneidad y riesgo de sesgo, con puntajes PRISMA de 33,33% y 51,85%, respectivamente. Otra investigación [24] realizó un estudio aleatorizado con una muestra limitada, con un puntaje CONSORT de 59,4%; de igual manera Xiong et al. [28] enfrentaron riesgos de sesgo debido a la aleatorización y el cegamiento no definitivos, con un puntaje PRISMA de 59,25%.

En la Tabla 4 se presenta un análisis de la calidad metodológica de cada artículo.

Tabla 4. Calidad metodológica de los artículos

Referencia	Criterios de evaluación	Limitaciones y posibles sesgos	Fortalezas
Brown et al. [25]	PRISMA: 74,07% SIGN: 1++	No se describen las fuentes de financiación para la revisión sistemática	Proporciona un resumen estructurado IMRD Se especifican las características de los estudios
Sánchez Quiles [26]	PRISMA: 33,33% SIGN:-1	No se presentan datos sobre el riesgo de sesgo	Especificaron la intervención y el tiempo de esta
Cerezo [24]	CONSORT: 59,4% SIGN:2	Muestra limitada	Estudio aleatorizado Tuvo en cuenta la homogeneidad en la muestra
Zhihui et al. [27]	PRISMA: 77,77% SIGN:1++	Heterogeneidad de los artículos alta	No hay sesgo de publicación en el estudio
Xiao-Chao et al. [28]	PRISMA: 59,25% SIGN:1	Existe riesgo de sesgo porque la aleatorización y el cegamiento no fueron definitivos	Especifican las características de los estudios
Melo et al. [15]	PRISMA: 51,85% SIGN:1	Heterogeneidad en las intervenciones	Especificaron la intervención y el tiempo de esta

Fuente: elaboración propia de acuerdo con los criterios PRISMA [18] y SIGN [29]

Resultados de la evaluación de la validez interna

La gran mayoría de los investigadores implementaron múltiples estrategias metodológicas y de diseño; los estudios revisados presentan algunas limitaciones en términos de validez interna. De igual manera, Sánchez Quiles [26] presentó problemas de aleatorización y sesgo en la selección, lo que disminuyó su validez interna. Así mismo, Cerezo [24] careció de un grupo control adecuado, lo que limitó la capacidad de atribuir los efectos observados exclusivamente a la intervención. De igual manera, Zhihui et al. [27] y Xiao-Chao et al. [28] encontraron desafíos relacionados al tamaño reducido de la muestra y la falta de seguimiento a largo plazo, lo que perjudicó la generalización y obtención de los resultados. Finalmente, Melo et al. [15] expusieron una validez interna comprometida a la duración insuficiente de la intervención y la falta de seguimiento consistentes. En la Tabla 5, se muestra la amortización de las fuentes de la invalidación interna.

Tabla 5. Amortiguación de las fuentes de la invalidación interna

Fuentes de validez interna	Artículos					
Historia	Brown et al.	Sánchez Quiles	Cerezo	Melo et al.	Zhihui et al.	Xiao-Chao et al.
Maduración	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Administración de pruebas	✓	✓	✓	X	✓	✓
Instrumentación	✓	X	X	X	X	X
Regresión estadística	X	X	X	✓	X	✓
Sesgo de selección	X	X	X	X	X	X
Mortalidad experimental	✓	✓	✓	✓	✓	✓
Total	X	X	X	X	X	X
	57%	42%	42%	42%	42%	57%

Fuente: elaboración propia
Nota: ✓ cumple los criterios. X no cumple los criterios

Discusión

El objetivo de la revisión sistemática fue analizar e identificar las mejores TNF, que prueben efectos considerables para reducir la ansiedad y la depresión en mujeres con CaMa, para que puedan ser utilizadas por los profesionales de salud. Aun cuando ningún investigador reportó haber empleado sus listas de cotejo de acuerdo con el PRISMA [18], CONSORT [22] u otras como el SIGN [29]. Los seis artículos seleccionados cumplieron con la estructura y el contenido para lograr el objetivo deseado.

A pesar de estas limitaciones, los estudios reportan que las TNF pueden ser efectivas para reducir la depresión y ansiedad en mujeres con cáncer de mama. Brown et al. [25] y Sánchez Quiles [26] reportaron mejoras significativas en los síntomas de ansiedad y depresión, aunque la falta de control riguroso en algunos estudios sugiere que se necesitan más investigaciones para confirmar estos hallazgos. Cerezo [24] destacó la importancia de incluir un grupo control para validar los efectos observados. La duración de las intervenciones y el seguimiento a largo plazo son aspectos cruciales para evaluar la efectividad de las terapias. Zhihui et al. [27] y Xiao-Chao et al. [28] muestran que intervenciones más prolongadas tienden a tener efectos más sostenidos, aunque la falta de seguimiento a largo plazo limita la comprensión de los beneficios duraderos. Melo et al. [15] sugirieron que intervenciones más cortas pueden ser menos efectivas y destacan la necesidad de establecer estudios con duraciones más extensas y seguimientos adecuados.

Para mejorar la validez interna y la generalización de los resultados se recomienda que futuros estudios utilicen diseños experimentales más robustos, aleatorios y control de variables confusoras [30, 31]. Además, es crucial aumentar el tamaño de las muestras y realizar seguimientos a largo plazo para evaluar los efectos sostenidos de las intervenciones [32]. La inclusión de grupos control adecuados también es esencial para validar los efectos observados.

De esta manera se observa que las TNF ofrecen diversos beneficios tanto para las mujeres con CaMa como para el personal de salud y la sociedad en general. Entre los beneficios que destacan se encuentran la reducción de síntomas de la depresión y ansiedad, mejoran la calidad de vida, así como propician un estado emocional más positivo, aumentan la resiliencia, que ayuda a enfrentar el diagnóstico y tratamiento [33]. Del mismo modo, las TNF complementan el tratamiento médico al ofrecer una alternativa a este padecimiento, que permite un enfoque holístico y mejora de la relación paciente-enfermera. Finalmente aportan a la salud pública una reducción de costos al disminuir los tratamientos farmacológicos.

En resumen, la revisión de la literatura sobre TNF contribuye en lo siguiente: en primer lugar, permite identificar las mejores terapias alternativas que pueden complementar el tratamiento de las emociones negativas en mujeres con CaMa (Ornelas

et al. [34]), mejorar la efectividad de las terapias convencionales como la quimioterapia y la radioterapia, e incluso facilitar la recuperación posquirúrgica. Además, el conocimiento derivado de esta revisión puede fundamentar el cuidado que se proporciona por los profesionales de salud, especialmente aquellos de enfermería de práctica avanzada que trabajan de manera independiente en consultorios comunitarios, hogares y hospitales. Los hallazgos contribuyen en las políticas de residencia hospitalaria para mejorar el tratamiento de estas mujeres. Dado que los profesionales de enfermería interactúan directamente con las pacientes y sus cuidadores, los resultados de esta investigación podrían proporcionarles más y mejores herramientas para instruir a las mujeres con CaMa sobre cómo afrontar sus padecimientos de manera humana, científica y responsable [35].

Conclusión

Las TNF son intervenciones que no involucran el uso de medicamentos y se utilizan para reducir los niveles de ansiedad y depresión, para mejorar el bienestar emocional en mujeres con CaMa; estas terapias incluyen una variedad de enfoques que buscan proporcionar alivio y apoyo emocional a través de métodos naturales y de aproximación holística. Los estudios revisados ofrecieron evidencia sobre la efectividad de las TNF; sin embargo, persisten las limitaciones en términos de validez interna, tales como la falta de control riguroso de variables, muestreos no aleatorios y tamaños muestrales reducidos.

Sin embargo, es necesario que futuros estudios adopten diseños metodológicos, con mejor aleatorización, control de variables, así como el seguimiento a largo plazo, para confirmar estos hallazgos y optimizar las intervenciones. No obstante, estas TNF no solo mejoran la calidad de vida de las pacientes, sino que también tienen un impacto positivo en el sistema de salud y en la sociedad en general.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Financiación

Ninguna.

Bibliografía

[1] Organización Mundial de la Salud (OMS). Cáncer de mama [internet]. Ginebra: OMS; 2022. [citado 8 may 2025]. Disponible en: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/breast-cancer

[2] Organización Panamericana de la Salud (OPS). Cáncer de mama. [internet]. Ginebra: OMS; 2024. [citado 8 may 2025]. Disponible en: https://www.paho.org/es/temas/cancer-mama

[3] Centro Nacional de Equidad de Género y Salud Reproductiva. Información estadística: Cáncer de mama [internet]. México: Gobierno de México; 2019. [citado 8 may 2025]. Disponible en: https://www.gob.mx/salud/cnegsr/acciones-y-programas/informacion-estadistica-cancer-de-mama

[4] Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). Estadísticas a propósito del Día Internacional de la Lucha contra el Cáncer de Mama. (19 de octubre). INEGI [internet] 2024 [citado 8 may 2025]. Disponible en: https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2024/EAP_LuchaCMama24.pdf

[5] Sociedad Española de Oncología Médica. El cáncer en cifras. SEOM [internet] 2024 [citado 8 may 2025]. Disponible en: https://seom.org/prensa/el-cancer-en-cifras

[6] National Geographic. Octubre Rosa: 7 recomendaciones esenciales para la prevención del cáncer de mama. National Geographic [internet] 2022 [citado 8 may 2025]. Disponible en: https://www.nationalgeographicla.com/ciencia/2022/10/octubre-rosa-7-recomendaciones-esenciales-para-la-prevencion-del-cancer-de-mama

[7] Villoria E, Lara L, Salcedo R. Estado emocional de pacientes oncológicos: evaluación de la ansiedad y la depresión en función de variables clínicas y sociodemográficas. Revista Médica de Chile 2021; 149(5). doi: http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872021000500708

[8] Cervantes Silva P, Reynaga Ornelas L. Calidad de vida y estrategias de afrontamiento en mujeres con cáncer mamario: Revisión de literatura. Revista CuidArte 2023; 12(24). doi: https://doi.org/10.22201/fesi.23958979e.2023.12.24.84615

[9] Hernández Silva MA, Ruiz Martínez AO, González Escobar S, González-Celis Rangel ALM. Ansiedad, depresión y estrés asociados a la calidad de vida de mujeres con cáncer de mama. Acta Investig Psicol. 2020; 10(3):102-20. doi: https://doi.org/10.22201/fpsi.20074719e.2020.3.362

[10] Hamui Sutton L. La noción de "trastorno": entre la enfermedad y el padecimiento. Rev Mex Psicol. 2019; 36(5):123-45. doi: https://doi.org/10.22201/fm.24484865e.2019.62.5.08

[11] Villoria E, Lara L, Salcedo R. Estado emocional de pacientes oncológicos: evaluación de la ansiedad y la depresión en función de variables clínicas y sociodemográficas. Rev Med Chil. 2021; 149(5):708-15. doi: http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872021000500708

[12] Muñoz Algar MJ, Bernal García P. Abordaje de la ansiedad en pacientes diagnosticados de cáncer. Psicooncología. 2016; 13(2-3):227-48.

[13] Coutiño Escamilla L, Piña Pozas M, Guimaraes Borges G, Tobías Garcés A, López-Carrillo L. Intervenciones no farmacológicas para reducir síntomas depresivos en mujeres con cáncer de mama. Salud Publica Mex. 2019; 61(4):532-41. doi: https://doi.org/10.21149/9980

[14] Instituto Nacional del Cáncer. Control de la ansiedad y el sufrimiento en sobrevivientes de cáncer. Cancer.gov [internet] 2020 [citado 8 may 2025]. Disponible en: https://www.cancer.gov/espanol/noticias/temas-y-relatos-blog/2020

[15] Silva MAN, Coelho OP, Neves PR, Souza ARL, Silva GB. Effects of aromatherapy on anxiety symptoms in women with breast cancer: A systematic review. Texto Contexto Enferm. 2023; 32. doi: https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2022-0132en

[16] Estrella-Castillo D, Pech-Argüelles RC, Olais-Arjona I, Rubio-Zapata H, Leal-Herrera YA. Evidencia científica de la relación entre depresión y cáncer de mama: revisión sistemática. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. [internet] 2020 [citado 8 may 2025]; 58(Supl 1):S91-S96. Disponible en: https://www.redalyc.org/journal/4577/457769373011/html/

[17] Cárdenas Sánchez J. Consenso mexicano sobre diagnóstico y tratamiento del cáncer mamario. Gac Med Mex. 2021; 20(supl.2):S1-S10. doi: https://doi.org/10.24875/j.gamo.m21000213

[18] Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. Rev Esp Cardiol. 2021; 74(9):790-9. doi: https://doi.org/10.1016/j.recesp.2021.06.016

[19] Elias BL, Polancich S, Jones C, Convoy S. Evolving the PICOT Method for the Digital Age: The PICOT-D. J Nurs Educ. 2015; 54(10):594-9. doi: https://doi.org/10.3928/01484834-20150916-09

[20] Fernández-Altuna MA, Martínez del Prado A, Arriarán Rodríguez E, Gutiérrez Rayón D, Toriz Castillo HA, Lifshitz Guinzberg A. Uso de los MeSH: una guía práctica. Investig En Educ Med. 2016; 5(20):220-9. doi: https://doi.org/10.1016/j.riem.2016.02.004

[21] Covidence. [sede web]. [citado 8 may 2025]. Disponible en: https://app.covidence.org/sign_in

[22] Moher D, Hopewell S, Schulz KF, Montori V, Gotzsche PC, Devereaux PJ, et al. CONSORT 2010 explanation and elaboration: updated guidelines for reporting parallel group randomized trials. BMJ. 2010; 340:c869. doi: https://doi.org/10.1136/bmj.c869

[23] Hernández Sampieri R, Collado CF, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. Ciudad de México: McGraw-Hill; 2023.

[24] Cerezo MVG. ¿Mejoran la calidad de vida, ansiedad, depresión y fatiga gracias a la risoterapia?: efectos de un programa psicológico aleatorizado con pacientes de cáncer de mama. In: Intervención en Contextos Clínicos y de la Salud: nuevas realidades. Dykinson; 2020. p. 19-30.

[25] Brown T, Cruickshank S, Noblet M. Personal de enfermería especialista en cuidados de la mama para tratamiento de apoyo de mujeres con cáncer de mama. Cochrane Database Syst Rev. 2021; (1):CD005634. doi: https://doi.org/10.1002/14651858.CD005634.pub3

[26] Quiles FS. El yoga como un instrumento de enfermería en los cuidados al paciente oncológico con ansiedad. Medicina naturista. 2015; 9(2):49-58.

[27] Xu Z, Liu C, Fan W, Li S, Li Y. Effect of music therapy on anxiety and depression in breast cancer patients: systematic review and meta-analysis. Sci Rep. 2024; 14(1):16532. doi: https://doi.org/10.1038/s41598-024-66836-x

[28] Xiong J, Chen Q, Li W, Zheng X. Effect of online interventions on reducing anxiety and depression for women with breast cancer: a systematic review and network meta-analysis protocol. BMJ Open. 2023; 13:e073806. doi: https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-073806

[29] GuíaSalud. Niveles de evidencia y grados de recomendación del SIGN. GuiaSalud [internet] [citado 8 may 2025]. Disponible en: https://portal.guiasalud.es/egpc/depresion-adulto-niveles/

[30] Fernández-Matías R. El cálculo del tamaño muestral en ciencias de la salud: Recomendaciones y guía práctica. J MOVE Ther Sci. 2023; 5(1):481-503. doi: https://doi.org/10.37382/jomts.v5i1.915

[31] Zurita-Cruz JN, Márquez-González H, Miranda-Novales G, Villasís-Keever MÁ. Estudios experimentales: diseños de investigación para la evaluación de intervenciones en la clínica. Rev Alerg Mex. [internet] 2018 [citado 8 may 2025]; 65(2):178-86. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&tpid=S2448-91902018000200178

[32] García-García JA, Reding-Bernal A, López-Alvarenga JC. Cálculo del tamaño de la muestra en investigación en educación médica. Investig Educ Med. 2013; 2(8):217-24. doi: https://doi.org/10.1016/S2007-5057(13)72715-7

[33] Lacomba-Trejo L, García-Cuenca IM, Sanz-Cruces JM. Intervención cognitivo conductual para mujeres con trastorno depresivo persistente: sintomatología ansiosa, depresiva y satisfacción vital. Clin Contemp. 2021; 12:e3. doi: https://doi.org/10.5093/cc2021a1

[34] Ornelas-Mejorada RE, Tufiño Tufiño MA, Sánchez-Sosa JJ. Ansiedad y depresión en mujeres con cáncer de mama en radioterapia: Prevalencia y factores asociados. Acta Investig Psicol. 2011; 1(3):232-45.

[35] Lapeña Moñux YR, Cibanal Juan L, Pedraz Marcos A, Macía Soler ML. Las relaciones interpersonales de los enfermeros en asistencia hospitalaria y el uso de habilidades comunicativas. Texto Contexto Enferm. [internet] 2014 [citado 8 may 2025]; 23(3):555-62. Disponible en: https://www.redalyc.org/pdf/714/71432144003.

ENFERMERÍA21®
FORMACIÓN, ACTUALIDAD Y DESARROLLO PROFESIONAL

Tu Portal líder en información enfermera en castellano

Colecciones de libros y manuales

Libros y manuales de consulta especializados en contenido enfermero. Obras con ilustraciones de excelente calidad, hiperrealistas y muy detalladas.

Servicios online

Dicen: diario especializado de noticias de actualidad enfermera.

Encuentra: buscador específico de contenidos de enfermería en la red.

Enferteca: la mayor biblioteca digital de enfermería (+ de 150 libros digitales).

Revistas

Nueve revistas especializadas, 200 artículos nuevos cada año y más de 500 números disponibles.

Formación

Cursos de formación continuada CFC y ECTS de hasta 150 horas.

Programas de posgrado universitarios.

www.enfermeria21.com

ENFERMERÍA SE ESCRIBE CON H: CON H DE HUMANIZACIÓN

Albert Cortés Borra. Enfermero. EAP La Garriga. ICS Atención Primaria. Coordinador grupo de trabajo humanización AEC. Doctorando Ciencias de la Salud Universidad de Alicante, HUGES. España

Pedro Jaén Ferrer. Enfermero. *Coach* personal. HUGES. España

José Ramón Martínez Riera. Enfermero. Profesor Titular Universidad de Alicante. España

Dirección de contacto: alcortesborra@gmail.com

Cómo citar este artículo:

Cortés Borra A, Jaén Ferrer P, Martínez Riera JR. Enfermería se escribe con H: con H de humanización. RIdEC 2025; 18(1):56-61. doi: https://doi.org/10.63178/xfrl3386ridec

Fecha de recepción: 15 de octubre de 2024.

Fecha de aceptación: 26 de abril de 2025.

Resumen

En un momento en que el concepto de *humanización* ha cobrado gran relevancia en el ámbito de la salud, es fundamental entender que no se trata de una tendencia pasajera, sino de un pilar esencial de los cuidados de enfermería. La humanización se ha convertido en un objetivo estratégico en la atención sanitaria, promoviendo un enfoque más empático y respetuoso hacia la dignidad de cada persona.

Desde que se inició el plan de humanización del INSALUD en 1984, han surgido numerosas iniciativas destinadas a transformar los centros de salud en espacios más cálidos y humanos. Universidades y asociaciones han desarrollado programas y talleres que capacitan a las enfermeras en habilidades que priorizan la conexión personal con los pacientes. Un ejemplo destacado es la creación del Grupo de Trabajo de Humanización de la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC), que busca fomentar el diálogo y desarrollar estrategias para que la atención comunitaria sea una experiencia más humana y centrada en la persona.

Es de vital importancia mantener valores fundamentales en la práctica enfermera: humildad, empatía y respeto por la identidad única de cada paciente. Los cuidados que se brindan deben ir más allá de lo técnico, construyendo relaciones significativas que reconozcan a las personas como lo que realmente son, seres humanos con emociones, preocupaciones y sueños.

Con un enfoque en la mejora continua, se propone que la humanización no sea solo un ideal, sino una práctica diaria. Las enfermeras son verdaderos agentes de cambio, y a medida que estos valores se integren en su labor, se reflejará una atención más cálida y cercana, convirtiendo la enfermería en una disciplina que realmente se escribe con H de humanidad.

Al integrar la humanización en nuestra atención, estamos contribuyendo a un cuidado más cercano y personalizado, lo que permite que la enfermería se escriba con H de humanidad.

Palabras clave: humanización; Enfermería; cuidado humanizado.

Abstract

Nursing is written with an H: an H for Humanization

At a time when the concept of humanization *has become very relevant in the healthcare setting, it is essential to understand that this is not a temporary trend, but a key cornerstone of nursing care. Humanization has become a strategic objective in healthcare, promoting a more empathetic approach that is also more respectful towards the dignity of each person.*

Since the INSALUD humanization plan was initiated in 1984, several initiatives have been developed with the aim to transform health centres in warmer and more humane spaces. Universities and associations have developed programs and workshops to train nurses in skills prioritizing their personal connection with patients. A prominent example is the creation of the Humanization Work Group by the Association of Community Nursing (ACN), intended to encourage dialogue and develop strategies to turn community care into a more humane and person-centred experience.

It is highly important to sustain essential values in nursing practice: humbleness, empathy and respect for the unique identity of each patient. Care offered should go beyond technical matters, and build significant relationships that acknowledge persons as what they really are: human beings with emotions, concerns and dreams.

With an approach focused on continuous improvement, humanization is intended to be not only an ideal, but a daily practice. Nurses are real agents of change; and as these values get incorporated into their work, this will translate into a warmer and closer care, and nursing will become a discipline that is really written with an H for Humanity.

By integrating humanization into our care, we are contributing to a closer and more personalized type of care, allowing Nursing to be written with an H for Humanity.

Key words: *humanization; Nursing; humanized care.*

Introducción

> **Humanizar:** tr. Hacer a alguien o algo más humano, familiar y afable.
>
> **Humanización:** f. Adquisición de características más humanas y más amables.
>
> **Humanidad:** sensibilidad, compasión, bondad hacia los semejantes.
>
> Diccionario de la Real Academia Española. 22ª edición

Cuando se habla de humanización en los tiempos actuales, se corre el riesgo de pensar que estamos sumidos en una moda, ya que desde hace unos años en el sector sanitario el término *humanización* es un término de uso común entre los gestores y profesionales, un término que tiene, y a veces con cierta dosis de razón, fervientes defensores y también grandes detractores. Esta moda de la humanización no debería haber llegado nunca, ya que la humanización debe formar parte de la atención enfermera y por extensión de las organizaciones de salud en las que trabajamos.

Al hablar de humanización en salud es preciso remontarse al plan de humanización del INSALUD de 1984 [1], el cual promovía que los centros sanitarios fueran más humanos y existiera un mayor respeto a la dignidad humana mediante una mejor formación del personal y una adecuada organización de los servicios para una atención de calidad a las personas, informándolas sobre su salud y el afrontamiento ante posibles problemas.

A nivel nacional se empezó a trabajar con estrategias humanizadoras del sistema sanitario, mucho antes del actual boom de la humanización. Siguiendo con la historia de la humanización y salud no se pueden olvidar los trabajos de José Carlos Bermejo [2], el verdadero precursor de la humanización en nuestros tiempos; sin olvidar la experiencia médico-paciente del Dr. Albert Jovell [3], que transmitió que lo importante es el paciente y no la enfermedad, buscando ese trato personal que debe ser el cuidado humanizado.

Se han puesto en marcha muchas estrategias destinadas a mejorar las condiciones de atención a las personas. La Universidad Europea de Madrid se ha sumado con el **Máster en Humanización de la Salud** dirigido por la Dra. Carmen Ferrer [4], donde se forma a profesionales que sienten y creen en la humanización, o la **Cátedra de Humanización de la Asistencia Sanitaria de Universidad Internacional de Valencia** [5] que tiene como objetivo principal la promoción de la docencia, la investigación y la divulgación en torno a la humanización de la salud, a la vez que busca establecer los puentes necesarios entre las instituciones académicas, sociales y empresariales para lograr un impacto positivo en la humanización sanitaria en todos sus ámbitos, [6]; en definitiva, acciones grupales, individuales, regladas o no pero todas con un mismo fin, un mejor sistema, más personal, menos frío y con menos barreras entre los profesionales y las personas a las que atiende, que se concrete en una mejor prestación de los cuidados profesionales enfermeros.

Y en atención comunitaria la Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC), que siempre ha defendido el rol humanizador de las enfermeras comunitarias, desde abril de 2023, ha puesto en marcha el **Grupo de Trabajo de Humanización H-AEC** [6] con los siguientes objetivos:

- Debatir e implementar iniciativas que humanicen la atención enfermera en el ámbito comunitario.
- Formar a las enfermeras en habilidades personales y de grupo donde la humanización sea el centro de esa formación.
- Crear un espacio de debate en la web de la AEC y las redes sociales con el fin de humanizar la enfermería comunitaria.
- Ser interlocutores con la junta directiva de la AEC para poner en marcha acciones de mejora de la propia asociación y otras sociedades científicas de Enfermería.

Apostar por la humanización es apostar por las personas. Hay múltiples publicaciones al respecto que exponen de manera muy clara acciones que se han llevado a cabo ante la posible despersonalización de la atención a la persona, familia y comunidad, siendo estos los puntos clave donde todos los que creen en una sanidad más humanizada coinciden [7, 8].

Para humanizar la atención enfermera se han de tener en cuenta los **valores**. Valores inquebrantables como profesionales que buscan lo mejor para las personas. Valores que han de estar presentes siempre en la atención personalizada que se presta en cualquier momento de su ciclo vital tanto en la salud como en la enfermedad. Haciéndolo además con empatía, que es saber estar y ponernos en el lugar del otro, cuando acuden a nosotros para confiar sus miedos, dudas, ansiedades… y poder así encontrar respuestas que les permitan afrontar sus problemas y necesidades. Aquí es donde se ha de demostrar que somos profesionales con H-Alma como dice Joan Carles March [9].

Se ha de impregnar el día a día profesional con unos valores estratégicos con H, a partir del modelo HUGES [10], son **valores con H**, valores que no hablan únicamente de humanización, haciendo más grande el significado de la letra H.

- Humildad.
- Honestidad.
- Honradez.
- Habilidades.
- Hacer: predicar con el ejemplo.
- Humor.
- (H)empatía.
- (É)tica.
- Hablar y escuchar.
- (No) hermetismo: transparencia.

¿Somos capaces de llevar a la práctica todos estos valores?

¿Estamos dispuestos a cambiar?

¿Es tan difícil este cambio de paradigma?

Como principio se debe empezar por tres de ellos y paulatinamente ir incorporando el resto hasta completarlos, es cuestión de cambio de mentalidad y adaptar la forma de trabajar al trato a personas y familias con H.

Pero hay evidentes limitadores de la humanización, entre los que se destacan:

- Tecnificación.
- Falta de control de la demanda.
- Desigualdades.
- Burocracia.
- Desconocimiento.
- Financiación.
- Paternalismo.
- Ausencia de planificación y priorización.
- ...

Y dónde se debe incidir para lograr la humanización:

- Información.
- Comunicación.
- Planificación.
- Adecuación de recursos.
- Visión de futuro.
- Participación de las personas en la toma de decisiones.
- Respeto.

Hay que procurar una atención individualizada, y por ello evitar trabajar mecánicamente, no hay que olvidad nunca que la persona merece un trato digno y respetuoso, dejando de lado posturas paternalistas que no conducen a su autonomía y limitan su autocuidado. Es importante destacar que ética, estética y humanización tienen que ir de la mano. Una atención con desigualdades o prejuicios no es una atención humanizada, por ello se ha de demostrar que la humanización debe ser parte de la atención a la persona, iniciándola en cualquier momento en que se lleve a cabo el contacto con las personas, sea en el centro de salud, en el trabajo, la escuela, la comunidad..., porque el primer contacto es fundamental, y queda en el subconsciente de las personas.

En muchas ocasiones se dice que hay que tratar a las personas como nos gustaría que nos tratasen a nosotros, y aquí viene a colación la frase con la que encabeza su perfil de Twitter el Dr. José Carlos Igeño *"Para mí, todos los pacientes son mi madre"* [11].

La humanización es conocer y respetar la **dignidad** de uno mismo para poder entender las necesidades y limitaciones de los demás. Conocer sus ideas y sus fines para poder proporcionarle los medios necesarios para conseguirlos, y por supuesto respetar la identidad de las personas refiriéndonos a ellas por su nombre y no por su patología como se suele hacer cuando se dice diabéticos, hipertensos, obesos... cosificando a las personas por su enfermedad. Humanización debe ser sinónimo de **calidad**, y junto con la **ética** y la estética son factores que van a permitir que la humanización sea real y efectiva.

Las enfermeras son referentes clave del sistema sanitario, una línea de actuación directa y personal, aquí es donde radica la grandeza de la enfermería, en la que la longitudinalidad es, sin lugar a dudas, humanización.

La humanización de la salud es una realidad, nos guste o no estamos sumidos en esta corriente, y para ello se busca la mejora continua de los cuidados. Las enfermeras no son ajenas a ello. Se han de sumar esfuerzos entre todos los actores participantes en el sistema: desde los directivos y gestores de alto nivel, pasando por los mandos intermedios y, por supuesto, los profesionales que son los verdaderos artífices de la humanización efectiva, así como las personas, las familias y la comunidad que deben participar activamente en todo el proceso de atención. Prueba de ello es el compromiso de las instituciones gubernamentales de intenciones de crear planes de humanización de la sanidad a nivel de comunidades autónomas [12-14], lo que es una primera piedra en la tan ansiada humanización, pero estos grandes planes no deben quedar solo en eso, en grandes proyectos sobre papel, sino deben implementarse con la participación de todos: gestores, profesionales y asociaciones de pacientes y sociedades científicas, para ofrecer unos cuidados que aúnen ciencia, humanización y técnica para promocionar y reforzar la salud; pero que lamentablemente han estado y siguen estando desvalorizados, cuando no invisibilizados, por parte de las instituciones y de la propia sociedad, lo que ha quedado en evidencia durante esta pandemia [15]. Porque la humanización debe ser, y por descontado lo es, una estrategia global, una estrategia vinculada con la calidad de la atención y la ética del cuidado, es por todo ello que se han de sumar esfuerzos, acciones institucionales que aboguen por cambios de actuación en grandes líneas de decisión, pero facilitando a las enfermeras que puedan trabajar de manera acorde a los planes y procedimientos establecidos, porque un profesional cuidado y motivado va a ser el primer eslabón de la verdadera cadena de humanización, basada en el profesionalentrismo [16]. Tampoco hay que olvidar que pequeños detalles dependen única y exclusivamente de los profesionales asistenciales: saludar, mirar a los ojos, utilizar la empatía hacia el paciente, mantener el respeto y cordialidad necesarios, etc. En definitiva, al tratar a las personas como lo que son PERSONAS en mayúscula, ya se habrá dado un paso, y bien grande, en mejorar nuestro sistema sanitario, ya de por sí excelente, pero que aún puede ser mejor si la profesión enfermera se escribe con H.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Financiación

Ninguna.

Bibliografía

[1] Ministerio de Sanidad. Plan de Humanización de la Asistencia Hospitalaria [internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Instituto Nacional de la Salud. Subdirección General de Atención Hospitalaria. Madrid; 1984. [citado 28 abr 2025]. Disponible en: http://www.ingesa.msssi.gob. es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Plan_Humanizacion_AsistHospit.pdf

[2] Bermejo Higuera JC, Villacieros Durbán M. El compromiso de la humanización en las instituciones sociosanitarias. Josecarlosbermejo [internet] 2013 [citado 28 abr 2025]. Disponible en: http://josecarlosbermejo.es

[3] Jovell A. Cáncer. Biografía de una supervivencia. Editorial. [internet]. Barcelona: Planeta; 2008.

[4] Universidad Europea de Madrid. Máster de humanización en salud. Universidad Europea de Madrid [internet] [citado 28 abr 2025]. Disponible en: https://online.universidadeuropea.com/master-humanizacion-salud-online.html

[5] Universidad Internacional de Valencia. Cátedra de humanización de la asistencia sanitaria. VIU [internet] [citado 28 abr 2025]. Disponible en: https://portaldeinvestigacionviu.com/es/main/seeCatedraInfo/1

[6] Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC). H-AEC Grupo de trabajo de humanización. AEC [internet] [citado 28 abr 2025]. Disponible en: https://www.enfermeriacomunitaria.org/web/index.php/menu-principal-item-asociacion/grupos-de-trabajo/humanizacion-aec-h-aec/objetivos

[7] Gutiérrez Fernández R. La humanización de (en) la Atención Primaria. Rev Clín Med Fam 2017; 10(1):29-38.

[8] Simó J. La (des)humanización (in)visible y la autoevaluación en humanización. Salud, dinero y atención primaria [internet] 2018 [citado 28 abr 2025]. Disponible en: http://saludineroap.blogspot.com/2018/10/la-deshumanizacion-invisible-y-la.html

[9] March JC. Liderar con corazón. Escuela Andaluza de Salud Pública. 2014.

[10] Cortés A. Humanización de la gestión sanitaria. Slideshare [internet] [citado 28 abr 2025]. Disponible en: https://es.slideshare.net/scgs/humanizacin-y-gestin

[11] Igeño JC. Perfil de Twitter. X [internet] [citado 28 abr 2025]. Disponible en: https://twitter.com/Jcarlosigeno

[12] Andalucía Información. La Junta apuesta por "humanizar" la atención primaria sanitaria. Andalucía Información [internet] 2019 [citado 28 abr 2025]. Disponible en: https://andaluciainformacion.es/andalucia/811215/la-junta-apuesta-por-humanizar-la-atencion-primaria-sanitaria/

[13] Recomendaciones de la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía núm. 32 Humanización https://www.sspa.juntadeandalucia.es/agenciadecalidadsanitaria/blog/recomendaciones/recomendacion-no-32-humanizacion/

[14] Dirección General de Humanización y Atención al Paciente. II Plan de Humanización de la Asistencia Sanitaria 2022-2025 [internet]. Madrid: Dirección General de Humanización y Atención al Paciente; 2022. [citado 28 abr 2025]. Disponible en: https://www.madrid.org/bvirtual/BVCM050581.pdf

[15] Elsevier. Los cuidados están desvalorizados e invisibilizados por las instituciones y la propia sociedad. Elsevier [internet]. [citado 28 abr 2025]. Disponible en: https://www.elsevier.com/es-es/connect/enfermeria/edu-jose-ramon-martinez-riera-de-la-pandemia-se-habla-de-una-manera-muy-medicalizada

[16] Jaén P, Cortés A. Profesionalcentrismo: el nuevo paradigma de la gestión humanizada. RIdEC 2023; 16(1):71-2.

CONFLICTOS ARMADOS: UNA GRAVE AMENAZA PARA LA SALUD COLECTIVA

Autores: documento generado con herramientas de inteligencia artificial en función de la monografía de la serie *La salud pública en los conflictos bélicos*, de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS).

Revisado por:

Vicente Gea Caballero. Editor *RIdEC*, Asociación de Enfermería Comunitaria (AEC). Vocal de publicaciones, SESPAS.
Eduardo Satué Velasco. Presidente de SESPAS.

Dirección de contacto: presidencia@sespas.es

Cómo citar este artículo:
Gea Caballero V, Satué Velasco E (revs.). Conflictos armandos: una grave amenaza para la salud colectiva. Qwen 2.5 max, DeepSeek [10 may 2025]. RIdEC 2025; 18(1):62-5. Disponible en: https://chat.qwen.ai/ , https://www.deepseek.com/

Fecha de recepción: 20 de mayo de 2025.
Fecha de aceptación: 25 de mayo de 2025.

Resumen

A lo largo de la historia de la Humanidad los conflictos armados tienen impactos sobre la salud pública más allá del daño directo por armas; este impacto ha crecido a medida que los conflictos son más amplios y las poblaciones más dependientes de los servicios básicos. El objetivo de este documento es compartir y difundir las monografías de conflictos bélicos entre potenciales lectores de la *Revista Iberoamericana de Enfermería Comunitaria (RIdEC)*, en función de una revisión de síntesis generada con inteligencia artificial (IA), de cara a presentar la mesa Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) que se celebrará en el Congreso de la Asociación de Enfermería Comunitaria AEC de 2025.

Esta revisión, basada en los cuatro documentos monográficos publicados hasta la fecha de la serie *La Salud Pública en los Conflictos Bélicos* de la SESPAS (https://sespas.es/publicaciones/monografias/), analiza múltiples dimensiones desde la desigualdad: el agua potable como recurso estratégico y arma de guerra, la interrupción del cuidado a personas con enfermedades crónicas, las múltiples formas de vulneración que sufren grupos históricamente discriminados durante los conflictos, y el impacto global y ambiental de los conflictos bélicos bajo el marco conceptual de la salud planetaria.

Esta realidad exige una mirada integral desde la salud pública, el derecho internacional humanitario, las políticas de protección a poblaciones vulnerables y la sostenibilidad medioambiental. La paz debe ser reconocida no solo como un objetivo político, sino como un determinante esencial y activo de la salud planetaria.

Palabras clave: conflictos armados; salud pública; agua de consumo; enfermedad crónica; grupos vulnerables; derechos humanos; disparidades en salud; salud global; determinantes sociales de la salud.

Abstract

Armed Conflict: A Serious Threat to Collective Health

Objectives: *Throughout human history, armed conflicts have had impacts on public health beyond direct harm from weapons; this impact has grown as conflicts have become more widespread and populations more dependent on basic services. The aim of this paper is to share and disseminate the monographs on armed conflict among potential readers of the Ibero-American Journal of Community Nursing (RIdEC), based on a synthesis review generated with artificial intelligence (AI), with a view to presenting the Spanish Society of Public Health and Health Administration (SESPAS) roundtable to be held at the 2025 ACS Community Nursing Association Congress.*

This review, based on the four monographic documents published to date in the series La Salud Pública en los Conflictos Bélicos de la SESPAS (https://sespas.es/publicaciones/monografias/), analyses multiple dimensions of inequality: drinking water as a strategic resource and weapon of war, the interruption of care for people with chronic diseases, the multiple forms of vulnerability suffered by groups historically discriminated against during conflicts, and the global and environmental impact of armed conflicts under the conceptual framework of planetary health.

This reality requires a comprehensive approach based on public health, international humanitarian law, policies to protect vulnerable populations and environmental sustainability. Peace must be recognised not only as a political objective, but also as an essential and active determinant of planetary health.

Key words: *armed conflict; public health; drinking water; chronic disease; vulnerable groups; human rights; health disparities; global health; social determinants of health.*

Introducción

La salud de las poblaciones sufre daños profundos y persistentes en escenarios de guerra. Más allá de las víctimas directas por armas, los conflictos generan efectos negativos prolongados en los sistemas sanitarios, en la accesibilidad a servicios básicos como el agua o la atención sanitaria, así como en la salud mental y física de las poblaciones más vulnerables y que pueden representar un impacto sobre un número muchísimo mayor de personas que el de fallecidos por combate. No se pueden considerar efectos colaterales, pues estas consecuencias son centrales y masivas en los conflictos contemporáneos y pueden extenderse mucho más allá en el tiempo una vez terminado el conflicto.

Los documentos de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) (2023-2025) constituyen una valiosa serie analítica sobre los efectos de la guerra en la salud colectiva. En este artículo especial se sintetizan y articulan cuatro monografías clave centradas en:

- La instrumentalización del agua como arma de guerra.
- El deterioro de la atención a personas con enfermedades crónicas.
- Las múltiples formas de violencia estructural sufridas por grupos vulnerados.
- El impacto sistémico de los conflictos sobre la salud planetaria y a larga distancia del frente de guerra.

Esta revisión busca, en primer lugar, ayudar a la difusión y ampliar el conocimiento de la monografía de SESPAS, recomendando al lector/a que acceda a los documentos originales que están disponibles en la página web de SESPAS (https://sespas.es/publicaciones/monografias/), así como destacar patrones comunes, impactos diferenciados y ejes de intervención desde una perspectiva de salud global, justicia social y sostenibilidad ambiental. Se propone que la paz debe considerarse no solo un objetivo político, sino un determinante esencial de la salud, y que el enfoque de la salud planetaria ofrece un marco adecuado para entender y responder a los efectos indirectos y sistémicos de los conflictos armados.

Monografías

1. El agua potable en un conflicto bélico: recurso estratégico y arma de guerra

El acceso al agua potable es uno de los derechos humanos más esenciales y vulnerables durante los conflictos armados. El documento de Herrera Artiles et al. [1] expone cómo el agua se convierte en herramienta de coerción o castigo colectivo, siendo empleada como arma de guerra mediante sabotajes a infraestructuras, bloqueos de suministro o contaminación deliberada.

El caso de Gaza, en noviembre de 2023, ilustra esta táctica con crudeza. Con más del 95% de su población sin acceso a agua potable, cortes eléctricos sistemáticos y colapso de la infraestructura sanitaria, la salud colectiva se ha visto y se ve gravemente comprometida. El informe denuncia el uso o la intervención sobre el agua como arma de destrucción masiva silenciosa, especialmente letal para menores, ancianos y personas con enfermedades.

La escasez o contaminación del agua está directamente relacionada con enfermedades transmisibles como el cólera, la disentería o la hepatitis A. En entornos de guerra, la falta de agua no solo genera enfermedades infecciosas, sino que dificulta gravemente el funcionamiento básico de hospitales y clínicas. Esta situación constituye una violación grave del derecho internacional humanitario, que protege expresamente las infraestructuras civiles esenciales [1].

Este análisis pone de relieve que el agua no solo es un recurso sanitario, sino también un factor geopolítico y ético central. Su negación sistemática en los conflictos no puede seguir siendo invisibilizada ni ignorada por la comunidad internacional, ni excluida de los planes de respuesta humanitaria.

2. Impacto de los conflictos armados en la atención a personas con enfermedades crónicas: la muerte silenciosa

Coronado Vázquez y Portillo [2] abordan una dimensión menos visible pero igualmente letal de los conflictos: el impacto sobre las personas con enfermedades crónicas. Patologías como diabetes, cáncer, enfermedades cardiovasculares o trastornos mentales requieren continuidad asistencial mantenida, tratamientos mantenidos y recursos diagnósticos que colapsan en contextos bélicos.

En territorios como Palestina, Siria o Etiopía, estudios citados en la monografía documentan tasas alarmantes de interrupción de tratamientos, cierre de centros de Atención Primaria y muertes prematuras evitables. Las cifras son contundentes: en Etiopía, más del 64% de pacientes con patologías crónicas interrumpió sus tratamientos durante el conflicto, con consecuencias directas en complicaciones graves y mortalidad [2].

Además, los desplazamientos masivos y el colapso de sistemas de información sanitaria, frecuentemente frágiles en países en guerra, dificultan la vigilancia epidemiológica y la planificación de respuestas. Los recursos económicos y humanos se desvían a emergencias traumáticas, dejando en segundo plano necesidades "silenciosas" pero estructurales, como la cronicidad. Esto perpetúa desigualdades y aumenta el sufrimiento de comunidades ya empobrecidas.

Este volumen subraya que las enfermedades crónicas deben dejar de ser invisibles en las agendas humanitarias, que no lo son, si bien dada la crudeza de los problemas traumatológicos puede pasar a quedar en un segundo plano. No son solo un problema clínico, sino un reto organizativo, logístico y ético en toda acción sanitaria en contextos de emergencia prolongada.

3. Grupos vulnerados en contextos bélicos: desigualdad agravada por la guerra

El documento coordinado por Llorens García y Donat Hernández [3] ofrece un análisis profundo sobre los grupos que sufren una vulneración agravada de sus derechos en los conflictos armados. Mujeres, niños y niñas, personas mayores, personas con discapacidad y minorías étnicas o sexuales son víctimas de múltiples formas de violencia, exclusión y desprotección.

La violencia sexual, los embarazos forzados, la trata de personas, el reclutamiento infantil y el abandono institucional son prácticas denunciadas por organismos internacionales. A esto se suman barreras estructurales forzadas que impiden el acceso a ayuda humanitaria, salud, educación y protección legal. El documento evidencia que estas formas de vulneración son sistemáticas y no accidentales, recurrentes e injustas.

Particularmente alarmante es la situación de las personas con discapacidad o edad avanzada, que enfrentan mayores dificultades para huir de zonas en conflicto, acceder a servicios o proteger su integridad. Lo mismo ocurre con el co-

lectivo LGBTIQ+, cuya invisibilización y doble estigma (por identidad y condición de refugiado) agravan su exclusión y exposición al abuso.

Este análisis exige incorporar la perspectiva interseccional en toda política de salud pública en contextos de guerra, así como el cumplimiento del derecho internacional humanitario que obliga a la protección reforzada de estas poblaciones.

4. Conflictos bélicos y salud planetaria: hacia un marco integral

El cuarto número de la serie monográfica, elaborado por Joan Guix i Oliver [4], amplía significativamente el enfoque, proponiendo una mirada ecológica, económica y global de los efectos de los conflictos bélicos sobre la salud humana y ambiental.

El documento revisa conceptos más clásicos, como *salud internacional*, más contemporáneos, como la estrategia *One Health* o *salud global*, concluyendo que el enfoque de salud planetaria es el más adecuado para capturar la complejidad de los impactos indirectos de los conflictos sobre la población y el entorno.

En el manuscrito se detallan casos históricos y recientes bien conocidos:

- Vietnam: uso de herbicidas tóxicos como el agente naranja, con efectos multigeneracionales.
- Ucrania: contaminación de áreas naturales protegidas, liberación de materiales bélicos peligrosos y alteración de cadenas alimentarias globales.
- África Subsahariana: hambrunas derivadas del bloqueo ucranio-ruso, que aumenta gravemente los costos de nutrientes básicos, lejos del frente de batalla, pero profundamente afectadas por la geopolítica bélica.

El autor introduce el concepto del *efecto mariposa*: cómo un conflicto local tiene repercusiones a miles de kilómetros de distancia, afectando a países neutrales, economías frágiles y ecosistemas distantes.

Guix plantea que la paz debe considerarse no solo un objetivo político, sino un determinante esencial de la salud planetaria. Para responder a estos desafíos, urge repensar la salud pública como ciencia social, ambiental y en especial global, capaz de anticipar, mitigar y recuperar sistemas sociales y naturales tras el conflicto.

Conclusiones

Los conflictos armados no solo destruyen vidas y edificios, sino también los sistemas de comunicación, comercio, justicia, educación y salud que permiten desarrollar los servicios básicos y de la salud pública. Esta revisión de cuatro monografías de SESPAS revela una cuádruple herida: la instrumentalización del agua, el olvido de las enfermedades crónicas, la sistemática vulneración de los colectivos más frágiles y vulnerables, y el impacto global y multidimensional de los conflictos contemporáneos.

Los efectos de la guerra sobre la salud son múltiples, duraderos y desiguales. Superar la mirada reduccionista del conflicto como "emergencia" exige comprender que la salud pública necesita paz, planificación, recursos sostenidos y justicia social. Urge que las instituciones internacionales reconozcan la paz como un determinante estructural de la salud y que el derecho a la vida y a la salud no pueda ser suspendido por razones geopolíticas o intereses militares.

La salud pública debe posicionarse como voz activa frente a la violencia y como garante de los derechos humanos incluso (y especialmente) en tiempos de guerra. Solo desde un enfoque integrador, interdisciplinario y ambientalmente responsable será posible imaginar sistemas sanitarios resilientes, comunidades protegidas y un futuro donde la paz sea prioridad sanitaria.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Financiación

Ninguna.

Bibliografía

[1] Herrera Artiles M, León Gómez B, Satué de Velasco E. El agua potable en un conflicto bélico. Un derecho denegado. Serie "La Salud Pública en los Conflictos Bélicos". SESPAS 2023; Vol I.

[2] Coronado Vázquez V, Portillo I. Impacto de los conflictos armados en la prevención y atención a personas con enfermedades crónicas. La muerte silenciosa. Serie "La Salud Pública en los Conflictos Bélicos". SESPAS 2024; Vol II.

[3] Llorens García A, Donat Hernández C. Grupos vulnerados en conflictos armados. Serie "La Salud Pública en los Conflictos Bélicos". SESPAS 2024; Vol III.

[4] Guix i Oliver J. Conflictos bélicos y salud planetaria. Serie "La Salud Pública en los Conflictos Bélicos". SESPAS 2025; Vol IV.

Un enfoque transmedia para prevenir el consumo de sustancias ilícitas

[1] *Alba Medina Castillo*
[2] *Sofía Pérez-Calahorra*
[2] *Pedro José Satústegui-Dordá*

[1] *Enfermera. Hospital Universitario Miguel Servet. Instituto Investigación Sanitaria Aragón (IISA). Aragón (España)*
[2] *SAPIENF (B53_23R) Research Group; Grupo de Alfabetización Mediática en Salud (GRUPAMES). Departamento de Fisiatría y Enfermería. Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad de Zaragoza. España*

E-mail: spperezc@unizar.es

Cómo citar:
Medina Castillo A, Pérez-Calahorra S, Satústegui-Dordá PJ. Un enfoque transmedia para prevenir el consumo de sustancias ilícitas. RIdEC 2025; 18(1):67-8. doi: https://doi.org/10.63178/xfrl3386ridec

Fecha de recepción: 11 de noviembre de 2024.
Fecha de aceptación: 16 de febrero de 2025.

Estimado Editor:

El consumo de sustancias ilícitas representa un problema de salud pública a nivel mundial. Según la Oficina de las Naciones Unidas Contra la Droga y el Delito, hacer frente a este hecho constituye un desafío global. Solo durante el periodo 2012-2022, el número de consumidores de drogas se incrementó en un 20% [1].

En el ámbito mundial, el cannabis, los opioides, las anfetaminas, la cocaína y el éxtasis son las drogas más consumidas [1]. Sin embargo, en Europa y España, los datos reportados por la Agencia de Drogas de la Unión Europea y por el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones señalaron al *cannabis* y a la cocaína como las sustancias con mayores tasas de consumo en 2024 [2].

En cualquier caso, conviene resaltar lo tentativo de las cifras y la complejidad del análisis y cuantificación del consumo de drogas debido, entre otros factores, a la dinámica iterativa en el sistema sustancia-individuo-entorno o a los fenómenos asociados a la espiral del silencio o a la mentira prudente.

Por otro lado, es necesario incidir en el impacto de la tecnología como un elemento disruptivo que obstaculiza el abordaje del consumo de sustancias ilícitas. En un contexto modulado por el acceso a internet, la ubicuidad de los dispositivos móviles y las redes sociales [3], la sobreabundancia informativa y la desinformación estructural [4] definen y caracterizan la sociedad Red [5], impactando sobre todos los órdenes de la vida, incluida la salud [6].

Así, el consumo de sustancias ilícitas discurre hoy entre universos paralelos de realidad y virtualidad. Para dar respuesta a este contexto, un grupo de académicos y profesionales de la salud hemos desarrollado el programa *desCOLOCADOS*, cuya finalidad es prevenir el consumo de sustancias ilícitas en jóvenes de la provincia de Teruel (España). *desCOLOCADOS* se inspira en una concepción transmedia integrando elementos procedentes de la creación sonora, la producción textual, la construcción de una comunidad digital con los docentes y la interacción significativa con los jóvenes en las aulas.

desCOLOCADOS descansa sobre cinco narrativas sonoras, en formato pódcast, que abordan aspectos relacionados con el consumo de sustancias ilícitas. Cada uno de estos capítulos (https://goo.su/WUb5he) invita a debatir y contraponer ideas en torno a las drogas, transformando las aulas en lugares donde el alumnado construya valores de salud positiva frente a las adicciones. Posteriormente, el profesorado estructura la fase deliberativa utilizando la adenda de *desCOLOCADOS*.

En la concepción transmedia, esta adenda complementa el escenario sonoro para guiar la implementación del programa dentro de los planes de acción tutorial (PAT) de los Institutos de Educación Secundaria (IES). Además, con la finalidad de dar respuesta a la diversidad del estudiantado, del contexto y de la prevalencia de consumo, *desCOLOCADOS* propone incorporar al profesorado participante a una comunidad digital segura a través de un canal de Telegram (https://goo.su/ffob0jc).

Esta esfera digital constituye otro elemento más que responde a la necesidad de dialogar y debatir sobre los aspectos que ocupan y preocupan, convirtiéndose en un espacio donde construir colectivamente redes de conocimiento en torno a valores de salud positiva frente a las adicciones.

A modo de cuarto elemento, *desCOLOCADOS* incluye el desarrollo de talleres de alfabetización mediática para que los estudiantes aprendan a identificar elementos desinformativos relacionados con el consumo de drogas presentes en los mensajes de los medios de comunicación social, las redes sociales o internet.

Aunque la primera edición *desCOLOCADOS*: *Alfabetizando para prevenir el consumo de sustancias ilícitas en la provincia de Teruel* constituye un programa con espacio temporal concreto y dirigido a una población específica, su transferencia a otras poblaciones similares es posible.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Financiación

Este proyecto ha sido financiado en convocatoria competitiva por el Instituto de Estudios Turolenses (IET).

Bibliografía

[1] UNODC Informe mundial sobre las drogas 2023 [internet]. Viena: Naciones Unidas; 2023. [citado 28 abr 2025]. Disponible en: https://www.unodc.org/res/WDR-2023/WDR23_ExSum_Spanish.pdf

[2] Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías. Informe Europeo sobre Drogas 2024: Tendencia y novedades. Lisboa: Agencia de la Unión Europea para las Drogas (EUDA); 2024. doi: https://doi.org/10.2810/339980

[3] García-Marín D. Infodemia global. Desórdenes informativos, narrativas fake y fact-checking en la crisis de la covid-19. Profesional de la información. 2020; 29(4):e290411. doi: https://doi.org/10.3145/epi.2020.jul.11

[4] Razquin Zazpe P. El fenómeno de la desinformación: análisis crítico y propuestas de actuación desde el ámbito académico. En: Torres Vargas GA, Fernández-Bajón MT (coords.). Verdad y falsedad de la información. Ciudad de México: UNAM, Instituto de Investigaciones Bibliotecológicas y de la información; 2019. p. 77-85.

[5] Castells M. La sociedad digital. Madrid: Alianza Editorial; 2024.

[6] Satústegui-Dordá PJ. Informaciones erróneas relacionadas con la salud en los medios de comunicación social [Trabajo Fin de Grado]. Madrid: Universidad Rey Juan Carlos; 2023.

Epidemia por virus Oropouche, entendiendo la transmisión no vectorial

[1] *Joshua Israel Culcay Delgado*
[2] *Doménica Denisse Villacís Ponce*

[1] *Especialista en Microbiología Médica. Universidad San Gregorio de Portoviejo. Portoviejo (Ecuador)*
[2] *Especialista en Pediatría. Universidad San Gregorio de Portoviejo. Portoviejo (Ecuador)*
E-mail: jculcay@sangregorio.edu.ec

Cómo citar:
Culcay Delgado JI, Villacís Ponce DD. Epidemia por virus Oropouche, entendiendo a transmisión no vectorial. RIdEC 2025; 18(1):69-70. doi: https://doi.org/10.63178/jsav3043ridec

Fecha de recepción: 24 de marzo de 2025.
Fecha de aceptación: 27 de abril de 2025.

Estimado Editor:

Se ha descrito como principal medio de transmisión del virus Oropouche (OROV) a los mosquitos del género *Culicoides paraensis, Ceratopogonidae* spp. y *Culex quinquefasciatus*, identificándose estos dos últimos como principales transmisores en Cuba. Además, existen reportes de casos de transmisión vertical suscitados en Brasil, que derivaron en muerte fetal y su posible asociación con cuadros de microcefalia en neonatos [1].

Nos es meritorio aportar información de reciente publicación, a fin de comprender los mecanismos de transmisión no vectoriales del OROV, y sumar en el establecimiento de medidas efectivas para el control de este, a nivel comunitario.

Se ha descrito que el OROV puede identificarse en semen entre 16 a 58 días posteriores al inicio de los síntomas de la infección, mediante pruebas de reacción en cadena de la polimerasa con transcripción inversa (RT-PCR) [2]. Esta persistencia no es nueva, y ya ha sido descrita en otros arbovirus, el más representativo de ellos es el zika (ZIKV), al que una basta bibliografía lo describe como causante de prostatitis, hematospermia, microhematospermia; además su tropismo, por espermatogonias y espermatocitos, puede provocar infertilidad en el paciente [3].

El principal cuestionamiento sobre estos hallazgos referentes a OROV es si no se trata de una contaminación cruzada por sangre u orina en las muestras analizadas; no obstante, las pruebas demostraron persistencia de OROV durante más tiempo en semen que en orina [2].

El mecanismo que podría explicar esta persistencia en la eliminación del virus obedecería a replicación al interior de la gónada gracias a presentar un ARN segmentado que le permite recombinaciones y variabilidad antigénica. Otro mecanismo descrito es la difusión pasiva, lamentablemente menos estudiada, por lo que es necesario el desarrollo de más estudios, principalmente de inmunohistoquímica como los realizados con ZIKV [4].

En el mismo orden de ideas, han sido descritas manifestaciones maternas y fetales dentro de las formas clínicas de la infección, por lo que se considera que la transmisión vertical del OROV es un hecho demostrado [4, 5]. En el segundo mes de embarazo, las mujeres gestantes presentan fiebre y rash cutáneo; además de hemorragia uterina en el primer trimestre de gestación que provoca abortos espontáneos y en los siguientes trimestres existe un aumento de la mortalidad fetal asociada a la infección perinatal. Análogo a lo que sucede con el virus del Zika, existen consecuencias similares en el desarrollo del feto de la madre infectada; el OROV ha sido identificado en los órganos del embrión/feto fallecido, como en el cerebro, el hígado, los riñones, el corazón, el bazo, los pulmones, el líquido cefalorraquídeo, la placenta y el cordón umbilical [4-6]. De igual forma, en los neonatos sobrevivientes se ha observado mayor incidencia de partos prematuros, desarrollo cerebral anormal, microcefalia y artrosis; es por ello, que la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en conjunto con los Centros para el Control y Prevención de Enfermedades (Centers for Disease Control and Prevention - CDC) de Estados Unidos, recomienda la realización de ecografías obstétricas seriadas y control por los especialistas de gineco-obstetricia de las muje-

res gestantes infectadas con OROV, así como un seguimiento pediátrico de los neonatos infectados [5, 6]. Se desaconsejan los viajes a lugares endémicos de OROV a las mujeres embarazadas y si es muy necesario hacerlo, emplear repelentes de mosquitos y uso de vestuario con mangas largas, empleo de mosquiteras y mallas metálicas en los hogares, entre otros [7].

Bibliografía

[1] Vega Jiménez J, Rey E, Fabelo C. Virus Oropouche, un desafío emergente para la salud pública cubana. Rev cubana Med Tropical [internet]. 2024 [citado 5 may 2025]; 76:e1267:1267. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/386246127_Virus_Oropouche_un_desafio_emergente_para_la_salud_publica_cubana_Oropouche_Virus_an_Emerging_Challenge_for_Cuban_Public_Health

[2] Castilletti C, Huits R, Mantovani RP, Accordini S, Alladio F, Gobbi F. Replication-Competent Oropouche Virus in Semen of Traveler Returning to Italy from Cuba, 2024. Emerg Infect Dis [internet]. 2024 [citado 5 may 2025]; 30(12):2684-6. Disponible en: https://wwwnc.cdc.gov/eid/article/30/12/24-1470_article

[3] Pareek A, Singhal R, Pareek A, Chuturgoon A, Apostolopoulos V. Rising threat of Oropouche virus transmission from mother to child: An urgent call for action. Travel Med Infect Dis [internet]. 2024 [citado 5 may 2025]; 62:102776. Disponible en: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1477893924000930

[4] Garima S K, Priyanka S KK, Srikanth P T, Jitendra S B. Silent risk: the vertical transmission of Oropouche virus. European Journal of Clinical Microbiology and Infectious Diseases. Springer Science and Business Media Deutschland GmbH; 2024.

[5] Schwartz DA, Dashraath P, Baud D. Oropouche Virus (OROV) in Pregnancy: An Emerging Cause of Placental and Fetal Infection Associated with Stillbirth and Microcephaly following Vertical Transmission. Viruses [internet]. 2024 [citado 5 may 2025]; 16(9):1435. Disponible en: https://www.mdpi.com/1999-4915/16/9/1435

[6] Sah R, Srivastava S, Kumar S, Golmei P, Rahaman SA, Mehta R, et al. Oropouche fever outbreak in Brazil: an emerging concern in Latin America. Lancet Microbe [internet]. 2024 [citado 5 may 2025]; 5(10):100904. Disponible en: https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S2666524724001368

Enferteca
grupo paradigma

La mayor biblioteca digital de Enfermería

¿Qué es Enferteca?

Enferteca es la mayor plataforma digital de contenidos especializados en Enfermería, cuyo objetivo es hacer llegar a todos los profesionales del sector información completa, actualizada y de calidad para su día a día.

¿Qué materiales contiene?

- Más de 150 libros especializados
- Revistas
- Buscador inteligente Encuentr@
- Videoteca
- Imágenes
- Infografías

enferteca.com

¿Qué ventajas aporta?

1. **Contenidos 360º:** podrás consultar todos los contenidos o aclarar cualquier concepto en tu día a día.
2. **Calidad:** todos los contenidos ofrecidos son del más alto nivel y han sido elaborados por autores de prestigio enfermero en España.
3. **Actualidad:** todos nuestros materiales se encuentran en continuo proceso de revisión y actualización, buscando ofrecer siempre las últimas novedades de aplicación práctica en Enfermería.
4. **Accesibilidad:** accede en cualquier momento y desde cualquier lugar, de manera ágil y rápida, a través de cualquier dispositivo con conexión a internet.

grupo paradigma
Soluciones para el mundo enfermero