



# CONOCIMIENTO enfermero

Investigación en Cuidados

ENERO 2025  
Vol. VIII · Núm. 27



**CODEM**  
Colegio Oficial de  
Enfermería de Madrid

## 3 COMUNICACIONES BREVES

### **Relación enfermero-paciente en la calidad del cuidado de un enfermo**

Eysten Alexis Sánchez Santillan, Litmer Manuel Ruiz Vargas, Joe Silva Alva

## 8 ESTUDIOS DE REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

### **El Código Ictus Pediátrico. Nuevo reto en los servicios de urgencias y emergencias**

Cristina Olmo Ruiz, Gloria García Cañuelo

## 23 TRABAJOS DE GRADO Y/O POSGRADO

### **Análisis de las dificultades que encuentran las enfermeras en la atención a personas trans\*. Cuidados de enfermería desde una perspectiva sexológica**

Alexander Cano Lozano

## 41 ESTUDIOS ORIGINALES

### **Ansiedad en enfermeras en la pandemia COVID-19. Evolución y variables sociolaborales y psicosociales implicadas**

Fernanda Gil Almagro, Fernando José García Hedrera, Francisco Javier Carmona Monge, Cecilia Peñacoba Puente

## 59 ESTUDIOS ORIGINALES

### **Influencia del uso de las redes sociales en el consumo de alcohol y la ansiedad en estudiantes de Enfermería de la Universidad Complutense de Madrid: estudio descriptivo observacional**

Almudena Buerba Díaz, Ismael Ortuño Soriano, Ignacio Zaragoza García



Vol. VIII · Nº 27 Enero 2025 ISSN: 2605-3152

#### EDITA

Colegio Oficial de Enfermería de Madrid (CODEM)

#### FINANCIA

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

#### DIRECTOR

D. Antonio A. Arribas Cachá

#### DIRECTORA EJECUTIVA

Dª. Teresa Blasco Hernández

#### COORDINADORA

Dª. Miriam Hernández Mellado

#### EDITORES DE SECCIÓN

Dª. Miriam Hernández Mellado

Dª. Teresa Blasco Hernández

Dª. Jenifer Araque García

Dª. Elena Núñez Acosta

Dª. Anaís Núñez Mata

Dª. Ana Robles Álvarez

#### DOCUMENTALISTA

César Manso Perea

#### REVISORES/ASESORES CIENTÍFICOS

Dª. Sara Sánchez Castro

Dª. Ana Belén Salamanca Castro

Dª. Verónica Martín Guerrero

Dª. Leyre Rodríguez Leal

Dª. Andrea Hernández Solís

Dª. Romy Kaori Dávalos Alvarado

Dª. Ruth Palacios Peñacoba

Dª. Irene Anula Morales

Dª. Natalia Cuadrado Obregón

Dª. Yohana Salgado Balbás

Dª. Laura Palomar Catena

Dª. Lydia Mower Hanlon

Dª. Elena Carrión Navarro

Dª. Silvia Evora Lebrero

Dª. Nuria Alcolea Ruiz

COMUNICACIONES BREVES

# Relación enfermero-paciente en la calidad del cuidado de un enfermo

## Nurse-patient relationship in the quality of care of a sick

Eysten Alexis Sánchez Santillan, Litmer Manuel Ruiz Vargas, Joe Silva Alva

Estudiantes de Enfermería. Pregrado. Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza (Perú).

DOI: <https://doi.org/10.60108/ce.300>

**Cómo citar este artículo:** Sánchez Santillan, E.A., Ruiz Vargas, L.M., Silva Alva, J., Relación enfermero-paciente en la calidad del cuidado de un enfermo. Conocimiento Enfermero 27 (2025): 03-07.

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

### RESUMEN

El análisis explora la relación enfermero-paciente y su influencia en la calidad de la atención médica. En el ámbito de la enfermería, vista como una forma de interacción social, la capacidad de comunicarse de manera efectiva y mantener los estándares profesionales es esencial para dirigir la atención hacia el paciente. Se subraya la importancia de una comunicación clara y una comprensión intercultural en el campo de la enfermería. Además, se destaca que el vínculo enfermero-paciente, percibido como una asociación terapéutica, desempeña un papel vital en la mejora de los resultados de salud. El enfoque implica realizar una revisión bibliográfica de las publicaciones sobre las prácticas de enfermería, las consideraciones éticas y la comunicación, utilizando bases de datos académicas. Los hallazgos subrayan la necesidad de brindar una atención médica integral y moral, en la que la comunicación y una relación afectuosa sean imprescindibles para tratar a los pacientes de manera competente y compasiva.

**Palabras clave:** comunicación; cuidado; salud; enfermero-paciente; enfermería.

### ABSTRACT

The analysis explores the nurse-patient relationship and its influence on the quality of medical care. In the field of nursing, seen as a form of social interaction, the ability to communicate effectively and maintain professional standards is essential to direct care toward the patient. The importance of clear communication and intercultural understanding in the field of nursing is highlighted. Furthermore, it is highlighted that the nurse-patient bond, perceived as a therapeutic partnership, plays a vital role in improving health outcomes. The approach involves conducting a literature review of publications on nursing practices, ethical considerations, and communication, using academic databases. The findings underscore the need to provide comprehensive and moral medical care, in which communication and a caring relationship are essential to treat patients competently and compassionately.

**Keywords:** communication; care; health; nurse-patient; nursing.

## 1. Introducción

La enfermería abarca un proceso de interacción social mediante el los profesionales de salud facilitan las mejoras en el estado de salud de los pacientes, el dominio de la comunicación es esencial durante todo el proceso de enfermería [1]. Cuidar es una actividad intrínseca al ser humano ya que no solo no es una cuestión de so-

brevivencia, sino extremadamente de la promoción y desarrollo de todas aquellas actividades que contribuyen a la realización de las personas y los grupos humanos.

La prestación de cuidados de enfermería tiene un significado moral que se demuestra a través de las cualidades requeridas para cumplir con las responsabilidades propias, descritas principalmente con el código de ética profesional [2]. La

ética no solo es una característica fundamental de la profesión de enfermería, sino que también era necesario que varias de las profesiones de salud tuvieran una buena preparación y conocimiento de la ética que debía ser utilizada, lo que permitiría centrar más la práctica en el paciente.

Para comprender las interacciones inherentes a los cuidados de enfermería, es imperativo examinar el contexto en el que se forma la relación entre los profesionales de la salud y los pacientes [3]. La relación entre la enfermera y el paciente se ha enmarcado teóricamente como una alianza terapéutica, con el objetivo de facilitar que el individuo reconozca su estado de salud y, cuando sea posible, determine el curso de acción más eficaz para abordarlo [4].

Por ello, es importante poner a la práctica profesional por encima de los estados emocionales que un personal de salud pueda tener con el paciente, ya que el cuidado de este muchas veces implicará tomar decisiones a beneficio de la persona que presenta problemas de salud, pues muchas veces se evidencian personas que no están de acuerdo a las indicaciones del personal de salud [2]. El hecho de cuidar a otra persona, va a establecer una relación donde juntos van a poder superar las dificultades que se presenten, y es aquí donde el enfermero desplegará todo su conocimiento a favor del paciente [5].

## 2. Objetivos

### Objetivo general:

- Describir las características clave de la relación enfermero-paciente en diferentes contextos de cuidado.

### Objetivos específicos:

- Describir factores que influyen en la relación enfermera-paciente.
- Describir la importancia de la comunicación asertiva en la relación enfermera-paciente.

## 3. Metodología

El diseño es de revisión bibliográfica, a través de la búsqueda de artículos basados en las va-

riables de "Cuidado, ética, enfermería y relación enfermero-paciente".

### 3.1. Estrategias de búsqueda

Para la descripción de diferentes términos como el cuidado, paciente-enfermero, ética del cuidado, entre otros, se utilizó información de diferentes artículos que se relacionan con estos. Utilizamos motores de búsqueda como Google Académico y otros motores especializados para encontrar artículos de revisión estrechamente relacionados a nuestro tema de revisión bibliográfica.

### 3.2. Criterios de selección

Se incluyeron artículos de enfermería ya publicados para poder referenciarlos, sacar información y poder describir sobre cómo es la relación entre el paciente y el enfermero, teniendo en cuenta diversos conceptos y estudios realizados anteriormente:

- Como el enfermero se relaciona con los pacientes.
- Estudios realizados en donde el enfermero va a tomar decisiones sobre el paciente.
- La importancia de la ética en el cuidado.
- La promoción de la salud en la población.
- La correcta comunicación del enfermero al paciente.
- La mejora en la práctica de enfermería.

## 4. Resultados y discusión

### 4.1. Cuidado de enfermería

La enfermería considera al individuo como un sistema complejo e interconectado, que no se parece a ningún otro debido al entorno sociocultural específico en el que se origina y se desarrolla, un factor que exige un examen y una valoración cuidadosos en el ámbito de la práctica de la salud [2].

Las enfermeras deben estar equipadas con una comprensión profunda y un conjunto com-



pleto de creencias que les permitan brindar atención de una manera que sea sensible a los diversos contextos sociales y culturales, garantizando la inclusión y defendiendo los derechos humanos fundamentales de las personas en todos los ámbitos de la existencia [2].

El cuidado como centro de atención de la enfermería, se caracteriza por la intrincada y dinámica relación enfermera-paciente, que sirve como un elemento fundamental para mejorar los resultados generales de salud de las personas bajo su cuidado. Esta relación desempeña un papel crucial no solo en la prevención de enfermedades, sino también en el diagnóstico preciso, el tratamiento eficaz y la facilitación del proceso de rehabilitación de cualquier enfermedad o afección de salud que puedan estar experimentando los pacientes [6].

El cuidado implica la preservación de la vida al garantizar el cumplimiento de un conjunto predeterminado de requisitos no solo para el individuo sino también para la familia y la comunidad. Estas entidades se encuentran en un estado perpetuo de interacción con su entorno, lo que las lleva a experimentar diversos encuentros relacionados con la salud [2].

#### 4.2. Ética del cuidado

El concepto de ética del cuidado postula que, dentro del ámbito de la moralidad, existe un profundo significado en los componentes fundamentales de las conexiones e interdependencias interpersonales que caracterizan la experiencia humana. Este marco ético está dedicado a preservar y cultivar estas conexiones mediante el proceso de situar y promover el bienestar tanto de quienes brindan cuidados como de quienes los reciben dentro de una compleja red de interacciones y obligaciones sociales [2].

Cuando se aplica en un entorno de atención médica formal, se hace evidente que la importancia de la conexión interpersonal establecida entre la enfermera y el paciente sirve para enriquecer el nivel de interacción, imbuyéndolo de un sentido de humanidad. Esta relación se basa en un sentido profundamente arraigado del deber y la obligación mutua, lo que facilita

la prestación de una atención integral que abarca varios aspectos del bienestar del individuo [2]. Esto se logra mediante el cultivo y el refuerzo de comportamientos y actitudes apropiados que capaciten a los profesionales de la salud con un profundo sentido de responsabilidad profesional y ética [2].

#### 4.3. Comunicación

La comunicación sirve como un instrumento esencial que facilita la transmisión de diversas formas de información, fomentando así un flujo recíproco de puntos de vista, encuentros personales y creencias, contribuyendo al enriquecimiento del conocimiento y la comprensión colectivos dentro de la sociedad [7].

La comunicación, que es un proceso fundamental en todas las relaciones sociales, sirve como el mecanismo principal que gobierna y permite la interacción entre los individuos, fomentando el establecimiento de una conexión emocional que dota a los individuos de la capacidad de entablar comunicación con otros, creando así un patrón cíclico e incesante de intercambio interpersonal [7].

Cada paciente exhibe métodos únicos para interpretar los mensajes, lo que requiere el establecimiento de una relación de apoyo para garantizar una comprensión integral. El proceso de comunicación es una necesidad vital tanto para el paciente como para su familia, ya que sirve para informar al paciente sobre su estado de salud y proporcionarle actualizaciones periódicas sobre su estado de salud [7].

#### 4.4. Relación enfermero-paciente

Teniendo en cuenta la perdurable existencia del concepto de relación enfermera-paciente en la historia de la disciplina de enfermería y su evolución a lo largo del tiempo, resulta factible asignar un significado histórico a este constructo. En consecuencia, es esencial reevaluarlo como la piedra angular de los cuidados de enfermería [4].

En este momento, el personal de enfermería se distingue por estar formado por expertos

que mantienen una comunicación frecuente y directa con el paciente durante su estancia en el hospital, teniendo en cuenta el nivel de confianza del paciente. Por lo tanto, se percibe que este equipo tiende a crear una dinámica jerárquica mientras atiende a la persona bajo su supervisión [3].

Durante un período prolongado, la relación enfermera-paciente se ha descrito a menudo como un modelo enfermero de maternismo, que encarna una postura profesional que percibe al paciente como incapaz de tomar decisiones con respecto a su propio estado de salud y la administración de los cuidados, procedimientos e intervenciones necesarios [7].

Con frecuencia, el enfoque del profesional de enfermería ha consistido en ocultarle al paciente información sobre su tratamiento y, al mismo tiempo, minimizar la gravedad de la enfermedad en un intento por aliviar la angustia. Sin embargo, en última instancia, este enfoque deja al paciente desinformado e incapaz de participar en los procesos de toma de decisiones debido a la falta de conocimiento sobre sus circunstancias relacionadas con su salud [7].

La relación enfermera-paciente se caracteriza fundamentalmente por la comunicación, particularmente en situaciones en las que la atención que se brinda va acompañada de una carga emocional significativa [6]. Las habilidades de comunicación eficaces están estrechamente vinculadas al proceso de prestación de cuidados, comenzando desde el momento en que la enfermera, en su calidad de cuidadora, no solo imparte información objetiva sino que también ofrece empatía, apoyo, comprensión y compasión [6]. Además, la enfermera se dedicará activamente a escuchar las preocupaciones, las luchas emocionales y los problemas del paciente, intentando empatizar con su situación y explorar en colaboración posibles vías para aliviar y

resolver los desafíos en cuestión. Es a través de este enfoque holístico de la comunicación que la relación enfermera-paciente puede fomentar la confianza, facilitar la curación y promover el bienestar general del paciente [6].

## 5. Conclusiones

La piedra angular fundamental de la práctica de enfermería radica en la intrincada dinámica de la relación enfermera-paciente, que desempeña un papel fundamental en la configuración del calibre de la atención médica proporcionada. Esta relación sirve como un conducto a través del cual la eficacia de la prestación de la atención se ve directamente afectada. En esta dinámica es fundamental el papel fundamental que desempeñan las estrategias de comunicación eficaces y el marco ético dentro del cual se administra la atención. Estos dos componentes se erigen como pilares cruciales que sustentan la esencia misma de esta relación y fomentan una atmósfera caracterizada por la empatía, la asistencia y la comprensión mutua. Una consideración primordial en el ámbito de la práctica de enfermería es la necesidad de que los proveedores de atención médica adapten su enfoque de acuerdo con el contexto sociocultural único de cada paciente, garantizando así que la atención dispensada sea inclusiva y esté marcada por un profundo sentido de respeto. Al establecer un vínculo emocional y profesional sólido entre la enfermera y el paciente, se produce una mejora notable en los resultados relacionados con la salud y una mejora general en el bienestar del paciente. En consecuencia, queda muy claro que los profesionales de enfermería deben cultivar un repertorio de sólidas habilidades de comunicación y competencias éticas para brindar una atención de la más alta calidad.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Flores S, Loayza V. Causas que infieren en la relación enfermero-paciente [Internet]. Universidad Nacional de Cuyo. Facultad de Ciencias Médicas. Escuela de Enfermería; 2013 [citado 29 de mayo de 2024]. Disponible en: <https://economicas.bdigital.uncu.edu.ar/9833>
2. Flores KY, Riveros ER, Campillay MC. Ética del cuidado y cuidado de enfermería. *Enferm Cuid Humaniz*. 11 de junio de 2021;10(1):03-17.

3. Baptista MKS, Santos RM dos, Costa L de MC, Macêdo AC de, Costa RLM. El poder en la relación enfermero-paciente: revisión integradora. *Rev Bioét.* diciembre de 2018;26:556-66.
4. Allande Cussó R, Macías Seda J, Porcel Gálvez AM, Porcel. La relación enfermera-paciente: identidad histórica, metodológica y terapéutica en los cuidados de enfermería. *The nurse-patient relationship: historical, methodological and therapeutic identity in nursing cares* [Internet]. 2019 [citado 29 de mayo de 2024]; Disponible en: <https://idus.us.es/handle/11441/95872>
5. Castro SS. Personas que cuidan de personas: la importancia de la relación interpersonal. *Conoc Enferm* [Internet]. 27 de julio de 2023 [citado 29 de mayo de 2024];6(21). Disponible en: <https://www.conocimientoenfermero.es/index.php/ce/article/view/264>
6. Elers Mastrapa Y, Gibert Lamadrid M del P. Relación enfermera-paciente: una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales. *Rev Cuba Enferm.* diciembre de 2016;32(4):0-0.
7. Alba-Leonel A, Fajardo-Ortiz G, López ET, Papaqui-Hernández J. La comunicación enfermera-paciente en la atención hospitalaria, caso México. *Rev Enferm Neurológica.* 31 de diciembre de 2012;11(3): 138-41.

**ESTUDIOS DE REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA**

# El Código Ictus Pediátrico. Nuevo reto en los servicios de urgencias y emergencias

## The Pediatric Stroke Code. New challenge in emergency services

Cristina Olmo Ruiz<sup>1</sup>, Gloria García Cañuelo<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Graduada en Enfermería. Especialista en Enfermería Familiar y Comunitaria. Máster en Atención de Enfermería en Urgencias y Emergencias. Hospital Clínico San Carlos (Madrid).

<sup>2</sup> Graduada en Enfermería. Graduada en Psicología. Experto Universitario en Enfermería Comunitaria. Centro de Salud Fuencarral (Madrid).

FECHA DE RECEPCIÓN: 24/05/2024. FECHA DE ACEPTACIÓN: 11/11/2024. FECHA DE PUBLICACIÓN: 31/01/2025.

DOI: <https://doi.org/10.60108/ce.298>

**Cómo citar este artículo:** Olmo Ruiz, C. y García Cañuelo, G., El Código Ictus Pediátrico. Nuevo reto en los servicios de urgencias y emergencias. *Conocimiento Enfermero* 27 (2025): 08-22.

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

### RESUMEN

En los últimos años se ha producido un crecimiento del conocimiento de los ictus en la infancia, no solo de la etiología sino de los métodos diagnósticos y terapéuticos. La importancia de esta entidad radica en la morbimortalidad que produce. La mayoría de los signos y síntomas de los accidentes cerebrovasculares son inespecíficos y fácilmente atribuibles a otras causas. La ausencia de protocolos estructurados y actualizados favorece este alto índice de casos no diagnosticados.

El objetivo principal de esta revisión es analizar y actualizar los conocimientos sobre la asistencia sanitaria que se presta al paciente pediátrico con ictus. Para ello, se ha llevado a cabo una revisión de la literatura existente, a partir de una búsqueda bibliográfica exhaustiva realizada en bases de datos.

Tras haber analizado y comparado los diferentes artículos obtenidos de las búsquedas bibliográficas, se concluye que el ictus constituye uno de los problemas de salud pública emergentes. Siguen siendo asuntos controversiales la influencia real de ciertos factores de riesgo, la efectividad de la prevención y los tratamientos utilizados en estos pacientes. Es importante poder determinar el mecanismo del ictus y la edad de presentación, porque influye mucho la causa y el factor riesgo en el pronóstico, y en consecuencia, en el tratamiento. El ictus constituye el paradigma de enfermedad prevalente, potencialmente grave, de consecuencias evitables y cuyo pronóstico depende de la rapidez y efectividad en las actuaciones, donde la enfermería juega un papel fundamental.

**Palabras clave:** ictus; protocolos clínicos; Código Ictus; paciente pediátrico; enfermería.

### ABSTRACT

In recent years there has been a growth in knowledge of strokes in childhood, not only of the etiology but also of diagnostic and therapeutic methods. The importance of this entity lies in the morbidity and mortality it produces. Most signs and symptoms of Stroke are nonspecific and easily attributable to other causes. The absence of structured and updated protocols favors this high rate of undiagnosed cases.

The main objective of this review is to analyze and update the knowledge about the health care provided to pediatric patients with stroke. For this, a review of the existing literature has been carried out, based on an exhaustive bibliographic search carried out in databases.

After analyzing and comparing the different articles obtained from the bibliographic searches, it is concluded that the Stroke is one of the emerging public health problems. The real influence of certain risk factors, the effectiveness of prevention and the treatments used in these patients remain controversial issues. It is important to be able to



determine the stroke mechanism and the age of presentation, because the cause and risk factor strongly influence the prognosis, and consequently, the treatment. The stroke constitutes the prevalent, potentially serious disease paradigm of avoidable consequences and whose prognosis depends on the speed and effectiveness of the actions, where nursing plays a fundamental role.

**Keywords:** stroke; clinical protocols; stroke code; pediatric patient; nursing.

## 1. Introducción

Las enfermedades cerebrovasculares (ECV) son todas aquellas alteraciones que ocurren a nivel del encéfalo como consecuencia de un desorden vascular. Su expresión aguda se conoce con el término ictus o accidente cerebrovascular (ACV) agudo, cuya característica principal es que se instaura de forma brusca y agresiva, permitiendo un bajo margen de actuación [1].

Los ACV isquémicos suelen estar provocados por la oclusión por un trombo o émbolo de una arteria (ictus arterial isquémico), aunque también pueden ser secundarios a la oclusión de una vena (trombosis de senos venosos). Los ACV hemorrágicos se producen cuando existe rotura de un vaso sanguíneo a nivel cerebral, con la consiguiente extravasación de sangre hacia el tejido cerebral [2].

Si nos centramos en los ictus en la edad pediátrica, los clasificamos en ictus perinatal o neonatal, ocurren entre la semana 20 de gestación y los 28 días y los postnatales que ocurren después de los 28 días de vida [2].

Tanto el accidente cerebrovascular (ACV), como la trombosis del seno venoso cerebral son unas causas significantes de morbilidad y mortalidad en la población adulta e infantil. La causa y la presentación clínica son diversas, totalmente diferentes en paciente adulto y pediátrico. En el paciente pediátrico los factores etiológicos más comunes son enfermedades de origen congénito, de etiologías cardíaca, vascular o hematológica. La enfermedad cardíaca tanto congénita como adquirida es uno de los factores de riesgo más frecuentes para presentar un ictus en la infancia y se considera responsable de un 10-30% de los ictus pediátricos [3]. Es necesario realizar un manejo integral por parte del personal de la salud para encontrar un diagnóstico oportuno para disminuir las secuelas en la población adulta como infantil [2].

En los últimos años se ha producido un crecimiento del conocimiento de los ictus en la infancia, no solo de la etiología sino de los métodos diagnósticos y terapéuticos. La importancia de esta entidad no radica en su incidencia, ya que permanece estable, si no en su prevalencia por la morbimortalidad que produce en la población pediátrica. Entre el 6-10% de los niños que sufren un ACV fallecen, más del 20% sufre una recurrencia y el 70% sufren secuelas (déficits neurológicos persistentes, epilepsia, dificultades en el aprendizaje o problemas en el desarrollo). La discapacidad de esta patología afecta significativamente a la calidad de vida de pacientes y familiares y genera un elevado coste emocional, social y económico [1].

Los autores coinciden en que la ausencia de protocolos diagnósticos favorece este alto índice de casos no diagnosticados, llama la atención que no existan protocolos estructurados y actualizados para el estudio del niño con ACV, como puede ser el código ictus pediátrico, y que en la mayoría de los casos esto dependa de la experiencia clínica individual [1].

Del mismo modo, resulta alarmante la ausencia de pautas de actuación y guías de práctica clínica para el tratamiento de ACV en niños. Quizá la máxima aportación en los últimos años en este tema sea la declaración científica emitida por un grupo de expertos en 2008, que aporta recomendaciones con nivel de evidencia científico basadas en la revisión de la bibliografía y la opinión de los autores sobre el manejo diagnóstico y terapéutico de estos pacientes. Esta información es de suma importancia dada la escasez de conocimientos en el área, la falta de consenso y la ausencia de ensayos clínicos en esta patología a edades pediátricas [1].

Por todo lo expuesto, no es de extrañar que en los últimos años hayan surgido iniciativas a nivel internacional y nacional dedicadas a subsanar estos déficits. Quizás el más importante por su envergadura sea el estudio internacio-

nal sobre ACV pediátrico (*The International Pediatric Stroke Study*, IPSS). Progresivamente se han sumado a esta iniciativa grupos de investigación clínica internacionales, estando España representada a través del Hospital San Joan de Deu de Barcelona. Entre los objetivos de este proyecto destaca el desarrollo de protocolos estandarizados que permitan la recogida de datos normalizada sobre la evaluación, diagnóstico, investigación, tratamiento y pronóstico de los niños con accidente cerebrovascular, lo que permitirá el desarrollo futuro de ensayos clínicos para niños con esta enfermedad [4].

En 2011 la Sociedad Española de Neurología Pediátrica creó una red nacional para la recolección de datos sobre el ictus isquémico postnatal. En la actualidad, la sociedad ha creado un grupo de trabajo específico de ictus pediátrico con el objetivo de fomentar y promover este tipo de iniciativas [4].

### 1.1. Epidemiología

Es la etapa perinatal donde la aparición del ictus se hace más frecuente, recogiendo cifras entre 1 caso de ictus perinatal por 1.000-7.700 recién nacidos vivos. Fuera del periodo neonatal los ictus son muy infrecuentes, siendo más alta su incidencia en los menores de 1 año, 30% del total. El límite de edad entre ictus infantil y adultos varía en función de la bibliografía estudiada, oscila entre los 15 y 19 años, lo que es importante tenerlo en consideración a la hora de revisar la epidemiología. A pesar de ser la cuarta causa de consulta de déficit neurológico en la edad pediátrica solo suponen el 7% de estos casos, gran diferencia con el adulto en donde el 67% de los pacientes que presentan déficit neurológico tienen a un ACV [4].

En los pacientes adultos el 75% de los ictus son isquémicos y el 25% son hemorrágicos, sin embargo en los pacientes pediátricos, por encima de los 28 días el porcentaje de hemorrágico aumenta hasta un 32-49 % del total. No se han encontrado diferencias entre sexos y las diferencias entre etnias sigue siendo difícil de valorar, debido a la variabilidad de la población analizada en los estudios [5].

Es significativo que el 63% de los ACV isquémicos ocurren en países de nivel socioeconómico medio-bajo, generando un elevado y significativo gasto socio-sanitario en ellos [4].

### 1.2. Etiología y factores de riesgo

Aproximadamente en la mitad de pacientes que se presentan con un déficit focal se puede encontrar un factor de riesgo previamente identificado de ACV, y en la otra mitad suele descubrirse uno o más factores de riesgo que no se habían detectado con anterioridad, y es que la asociación de más de un factor de riesgo es un fenómeno relativamente frecuente en los pacientes pediátricos con ACV [6].

Existe una clasificación creada por el grupo International Paediatric Stroke Study que categoriza en ocho grupos los factores de riesgo relacionados con los ACV isquémicos. En los ACV hemorrágicos no hay una clasificación de los factores de riesgo establecida internacionalmente. La etiología es múltiple y muy variada no solo dentro de un tipo de ACV si no entre los ACV isquémicos y hemorrágicos.

Dentro de los ACV isquémicos un 26% no se pudo establecer la causa, la distribución de la etiología filiada fue la siguiente, las artropatías estenóticas-oclusivas 24%, grupo de etiologías probables o posibles 12% como la displasia fibromuscular, vasculitis, hipertensión, trastornos protrombóticos, clínica de varicela en el último año sin anomalías arteriales y la hiperhomocistinemia, síndrome de Moya-Moya 11%, disección arterial 9%, enfermedad cardioembólica 6%, enfermedad de células falciformes 5%, trombosis venosas 1% y otras causas 6%. El 54% de las causas de ACV hemorrágico correspondían a malformaciones vasculares, dentro de este grupo la más frecuente son las malformaciones arteriovenosas 30% seguidas de los cavernomas 12%, aneurismas 10%, hemorragias subaracnoideas 2%, malformaciones venosas 0,5%. El resto de etiología asociada a los ACV hemorrágicos son las causas médicas 9%, tumores cerebrales 2,5%, disección traumática 1% y en el 33% de los pacientes no se determinó [4].

### 1.3. Código Ictus

El Código Ictus (CI) es un recurso de actuación que se fundamenta principalmente en la identificación de los signos y síntomas de un ictus isquémico de forma anticipada. Mediante este procedimiento de actuación, se favorece el proceso de atención y se agiliza el traslado del paciente subsidiario de recibir el tratamiento de reperusión a un centro hospitalario [7].

El Código Ictus consiste en el reconocimiento precoz de los signos y síntomas más comunes de un ictus, generando un protocolo de actuación y dando prioridad a un traslado urgente del paciente a un hospital con Unidad de Ictus, para que pueda beneficiarse de una intervención rápida y cuidados especializados.

Los objetivos que se pretenden lograr a través de su activación son los siguientes:

- Reducir el tiempo que transcurre desde que tienen lugar los síntomas, hasta que se inicia el tratamiento específico.
- Disminuir de forma notable la tasa de mortalidad, además de las secuelas post-ictus, permitiendo así una rehabilitación integral más rápida.

#### 1.3.1. Código Ictus Pediátrico

En el abordaje del ictus pediátrico debemos tener en cuenta factores que obligan a cierta cautela a la hora de activar el Código Ictus Pediátrico.

Actualmente, la restricción del código ictus en menores de 18 años se fundamenta básicamente en tres razones: la baja incidencia de este proceso a esta edad, las dificultades de diagnóstico precoz dada la amplia variedad de procesos que pueden simularlo, denominados como "stroke like", y la poca experiencia clínica junto con el escaso apoyo científico y evidencia clínica.

No obstante, a pesar de que la incidencia del ictus infantil es mucho menor que en la edad adulta, ésta no es menos apreciable. Su frecuencia es similar o algo superior a la de los tumores cerebrales infantiles (2-13 casos/100.000 niños/año), pudiendo estar infravalorada a causa

del amplio abanico de diagnósticos diferenciales que existen a estas edades.

Además, aunque el pronóstico es más favorable que en adultos, es una de las 10 primeras causas de mortalidad en la infancia y produce secuelas en el 33-60% de los casos, en una población con, a priori, una larga esperanza de vida.

Con respecto al tratamiento, tanto la trombólisis sistémica como la trombólisis mecánica, actualmente no están recomendadas en menores de 18 años pero, el nivel de evidencia de las guías es bajo debido a la escasez de estudios. Además, en casos seleccionados donde se ha realizado, ha demostrado ser útil y con pocos efectos adversos.

Por todo ello, actualmente el Grupo de Ictus de la Sociedad Española de Neurología Pediátrica piensa que es útil y necesario ampliar el código ictus a la edad infantil, excluyendo dentro de este, el ictus neonatal que presenta características diferentes [8, 9,10].

## 2. Objetivos

### 2.1. Objetivo general

Analizar y actualizar los conocimientos sobre la asistencia sanitaria que se presta al paciente pediátrico con ictus.

### 2.2. Objetivos específicos

- Conocer y comparar los distintos protocolos y recomendaciones de actuación frente al paciente pediátrico con ACV.
- Definir las funciones o cuidados de enfermería ante un paciente pediátrico con ictus.

### 2.3. Justificación del tema de elección

La enfermedad cerebrovascular es un problema de salud pública de primer orden, por ser una importante causa de mortalidad y discapacidad permanente. Su morbimortalidad no sólo ocasiona sufrimiento a los pacientes y a sus familia-

res, sino que, además, repercute gravemente en la economía de la sociedad.

En la actualidad, según datos de la “Estrategia del Ictus del Sistema Nacional de Salud” del Ministerio de Sanidad. El ictus en la edad infantil cada vez está teniendo mayor impacto debido al incremento de las tasas de incidencia registradas. Su frecuencia es similar o algo superior a la de los tumores cerebrales infantiles (2-13 casos/100.000 niños/año), pudiendo estar infravalorada a causa del amplio abanico de diagnósticos diferenciales que existen a estas edades.

Por ello, se precisa una actuación urgente, protocolizada y coordinada tanto a nivel extrahospitalario como a nivel intrahospitalario. Es necesaria la protocolización de los cuidados de enfermería para disminuir la variabilidad en la práctica clínica y documentar la asistencia que debe proporcionar la enfermera basada en evidencia científica, con el fin de conseguir los mejores resultados, tanto para el paciente como para el sistema sanitario.

### 3. Metodología

#### 3.1. Diseño

Se ha llevado a cabo una revisión de la literatura existente, a partir de la búsqueda bibliográfica realizada en las siguientes bases de datos: PubMed, Cuiden, Teseo, Ibecs, Dialnet; en la Biblioteca Virtual en Salud SciELO y la biblioteca Cochrane Plus. También se han realizado consultas en el *Google Scholar* y en las páginas webs oficiales: Sociedad Española de Enfermería de Urgen-

cias y Emergencias (SEEUE), Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias (SEMES) y Organización Mundial de la Salud (OMS).

#### 3.2. Estrategia de búsqueda

En las búsquedas realizadas se han utilizado los descriptores de ciencias de la salud (DeCS) y los términos del lenguaje controlado *Medical Subject Headings* (MeSH) en español e inglés respectivamente (Tabla 1). Todos ellos se han combinado con el operador booleano AND.

Como términos de lenguaje libre se han empleado: ictus, código ictus, protocolo y cuidados de enfermería.

##### Criterios de inclusión:

- Artículos con acceso gratuito a texto completo.
- Artículos redactados en español, inglés y portugués.
- Artículos que hablen de humanos.
- Investigación centrada en el paciente pediátrico con ACV.

##### Criterios de exclusión:

- Documentos que presenten acceso de pago.
- Informes de un solo caso.
- Documentos no oficiales, cartas al director, folletos informativos para la población.

La selección inicial se realizó a partir de los títulos y resúmenes de los artículos resultantes de la primera búsqueda (Tabla 2). Si en el resu-

**TABLA 1.** Comparativa de descriptores DeCS y MeSH empleados.

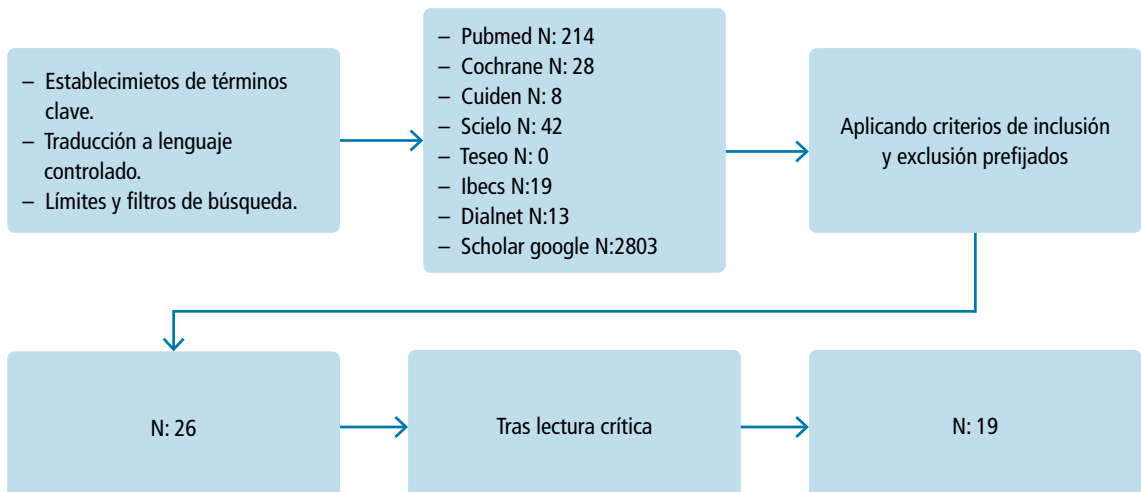
Términos DeCS	Términos MeSH
Accidente Cerebrovascular	Stroke
Cuidados enfermería	Nursing Care
Niño	Child
Protocolos	Clinical Protocols
Código	Clinical coding

**Fuente:** Elaboración propia.

**TABLA 2.** Resumen de búsquedas en bases de datos.

Bases de datos	Sentencias de búsqueda	Artículos encontrados	Artículos seleccionados
<b>PUBMED</b> Filtros: Sí. -Disponibilidad de texto: texto completo gratis. Fechas de publicación: últimos 5 años. -Idioma: Español, portugués e inglés. -especies: humanos.	Stroke AND child	212	12
	Stroke AND clinical Coding AND child	0	0
	Clinical Protocols AND Stroke AND child	2	1
	Stroke AND Nursing care AND child	0	0
<b>COCHRANE PLUS</b> Filtros: No.	Stroke and child	28	0
<b>CUIDEN</b> Filtros: No.	Stroke AND child	8	1
<b>SCIELO</b> Filtros: No.	Stroke AND child	42	7
<b>TESEO</b> Filtros: No.	Ictus Pediátrico.	0	0
<b>IBECS</b> Filtros: No.	Ictus Pediátrico.	19	0
<b>DIALNET</b> Filtros: No.	Ictus Pediátrico.	12	0
	Código Ictus pediátrico.	1	0
<b>SCHOLAR GOOGLE</b> Filtros: Sí. Sólo páginas en español	Ictus Pediátrico.	1100	5
	Atención al ictus pediátrico en España.	858	0
	Código Ictus pediátrico.	399	0
	Cuidados de enfermería al Ictus pediátrico.	446	0

Fuente: Elaboración propia.

**FIGURA 1.** Esquema de selección de artículos.

Fuente: Elaboración propia.



men incluía un tema compatible con el del trabajo, se seleccionó para recuperar el texto completo para su posterior análisis.

Inicialmente se encontraron 3.127 artículos, pero tras la lectura de los títulos quedaron 26. A continuación, se revisaron los resúmenes, los resultados y conclusiones, lo que permitió hacer una selección más acotada. Finalmente, tras la lectura en profundidad, se seleccionaron 19 artículos (Figura 1).

### 3.3. Revisión y análisis de los estudios seleccionados

La evaluación de los artículos seleccionados se realizó siguiendo la metodología de lectura crítica CASPe (Critical Appraisal Skills Programme español). Disponible en: <http://www.readcaspe.org/>.

Los artículos se clasificaron en función del nivel de evidencia científica, con la clasificación propuesta por: CEBM, ya que es la que mejor se adapta al tipo de documentos revisados.

## 4. Resultados

**Estudio núm. 1.** Atención al accidente cerebrovascular infantil: perspectiva de la neurología pediátrica [11]. (Liégio Matão L et al.)

- Tipo Estudio: Se trata de una investigación de campo, estudio exploratorio, cualitativo y descriptivo. Nivel de evidencia: 4. Grado de recomendación: C.

Sigue siendo un desafío el establecer un diagnóstico y tratamiento temprano en los niños con enfermedad cerebrovascular. Por lo tanto, es necesario que las instituciones de salud, públicas y privadas, estén preparadas tanto en recursos humanos y en equipamiento para que los niños víctimas de ACV puedan recibir una atención adecuada y rápida, para minimizar las consecuencias y permitir una rehabilitación satisfactoria. Por esta razón, cada equipo debe ser consciente de la importancia de adquirir conocimientos técnicos en beneficio del niño, pues

todos los esfuerzos en la aplicación de estas habilidades deben tener prioridad en la promoción, protección y recuperación de la salud.

**Estudio núm. 2.** Stroke incidence in the young: evidence from a Norwegian register study [12]. (Mathias Barra et al.)

- Tipo Estudio: Estudio descriptivo que utiliza el modelo de regresión binomial negativa para estimar las tendencias temporales en las tasas de incidencia de ACV. Nivel de evidencia: 4. Grado de recomendación: C.

Se encontraron pruebas estadísticas débiles de una disminución en la incidencia de ACV y de un accidente cerebrovascular para casos de 15 a 54 años de edad, pero la disminución fue significativa solo para la franja de edad de 45 a 54 años. Se necesitan conjuntos de datos más grandes para estimar estas tendencias temporales con precisión para contrastar con los resultados recientes que han generado preocupación acerca de una posible tendencia creciente en la incidencia de los jóvenes, al tiempo que confirman la mortalidad estacionaria o decreciente.

**Estudio núm. 3.** Ischemic stroke in paediatrics - narrative review of the literature and two cases [13]. (Jozef Kluckaa et al.)

- Tipo Estudio: revisión de la literatura y de dos casos. Nivel de evidencia: 2a. Grado de recomendación: B.

Aunque las pautas actuales para el manejo del accidente cerebrovascular, especialmente AIS no recomienda la trombólisis intravenosa y la trombectomía mecánica como una opción terapéutica estándar para niños con AIS, la proporción de pacientes tratados con rt-PA e intervención endovascular está incrementando. Hay una necesidad urgente de un buen diseño ECA para definir la eficacia y seguridad de estos métodos eso podría conducir a la formación de pauta.

**Estudio núm. 4.** Mortality After Pediatric Arterial Ischemic Stroke [14]. (Lauren A et al)

- Tipo Estudio: estudio de cohortes. Nivel de evidencia: 2b. Grado de recomendación: B.

La mortalidad hospitalaria se produjo en el 2,6% de los casos de AIS pediátricos. La mayoría de las muertes fueron atribuibles al accidente cerebrovascular. Los factores de riesgo de mortalidad hospitalaria incluyeron cardiopatía congénita y accidente cerebrovascular de circulación posterior más anterior. La presentación sin convulsiones y la etnia hispana también se asociaron con la mortalidad de recién nacidos y niños, respectivamente. La conciencia y el estudio de los factores de riesgo de mortalidad representan oportunidades para aumentar la supervivencia.

**Estudio núm. 5.** Atypical language representation is unfavorable for language abilities following childhood stroke [15]. (Bartha Doering L et al.)

- Tipo Estudio: Casos y controles. Nivel de evidencia: 3b. Grado de recomendación: B.

Los niños con lesiones cerebrales focales con frecuencia demuestran representaciones de lenguaje atípicas con una mayor participación de las áreas del lenguaje hemisférico derecho. Sin embargo, estas alteraciones de la representación funcional del lenguaje parecen ser insuficientes para compensar los déficits en varios dominios del lenguaje.

**Estudio núm. 6.** Age at stroke onset influences the clinical outcome and health-related quality of life in pediatric ischemic stroke survivors [16]. (Ghotra S et al.)

- Tipo Estudio: Estudio Descriptivo trasversal. Nivel de evidencia: 4. Grado de recomendación: C.

La edad de inicio del accidente cerebrovascular tiene implicaciones importantes con respecto a los resultados clínicos a largo plazo y la CVRS para los sobrevivientes. Las personas con presunto accidente cerebrovascular perinatal deben considerarse en alto riesgo de malos resultados.

**Estudio núm. 7.** Quality of life after paediatric ischaemic stroke [17]. (Kornfeld S et al.)

- Tipo Estudio: estudio cohortes. Nivel de evidencia: 2b. Grado de recomendación: B.

Se examinaron setenta niños (49 hombres, 21 mujeres; edad media 7 años y 2 semanas). Las alteraciones neurológicas y cognitivas después del accidente cerebrovascular isquémico arterial pediátrico influyen negativamente en la calidad de vida. Los niños con problemas motores y neurológicos, así como aquellos con problemas motores, cognitivos y de atención combinados, tienen un mayor riesgo de baja calidad de vida.

**Estudio núm. 8.** Pediatric Stroke Rates over 17 Years: Report from a Population-Based Study [18]. (Lehman L et al)

- Tipo Estudio: Estudio Cohortes. Nivel de evidencia: 2b. Grado de recomendación: B.

En los últimos 17 años, la incidencia y la tasa de letalidad a los 30 días del accidente cerebrovascular pediátrico ha parecido estable, incluida la incidencia de accidente cerebrovascular neonatal y pediátrico. La incidencia estable de accidente cerebrovascular pediátrico, en el contexto de la disminución de la incidencia de accidente cerebrovascular en adultos dentro de la misma población, indica que existe una gran necesidad de investigación para determinar la prevención del accidente cerebrovascular en esta población.

**Estudio núm. 9.** Pediatric Stroke Imaging [19]. (Khalaf A et al.)

- Tipo Estudio: revisión de la literatura. Nivel de evidencia: 2a. Grado de recomendación: B.

La resonancia magnética es la modalidad inicial de elección, incluidos los protocolos de accidente cerebrovascular acortados, seguidos de imágenes vasculares para detectar anomalías que pueden ser la base de un accidente ce-

revascular identificado. Se han demostrado que los hallazgos de imágenes extraídos de casos que se presentaron a nuestra institución familiarizan a los lectores con la neuroimagen de accidente cerebrovascular pediátrico. Los desafíos que plantea el accidente cerebrovascular pediátrico pueden mitigarse, en parte mediante la aplicación cuidadosa de las imágenes de diagnóstico, con la esperanza máxima de mejorar los resultados para estos pacientes vulnerables.

**Estudio núm. 10.** Differentiating Childhood Stroke From Mimics in the Emergency Department [20]. (Mackay M et al.)

- Tipo Estudio: estudio cohortes. Nivel de evidencia: 2b. Grado de recomendación: B.

Estar bien en la semana anterior a la presentación, la incapacidad para caminar, la debilidad de la cara y el brazo se asocian con mayores probabilidades de accidente cerebrovascular. La falta de asociación positiva o negativa entre el accidente cerebrovascular y las convulsiones o la pérdida de conciencia es una diferencia importante para los adultos. Las vías de accidente cerebrovascular pediátrico y las herramientas de cabecera deben tener en cuenta las diferencias entre niños y adultos y entre los subtipos de accidente cerebrovascular.

Las enfermeras de triaje y los médicos de urgencias desempeñan un papel fundamental en el diagnóstico de accidente cerebrovascular porque son el primer punto de contacto en aproximadamente el 50% de los adultos con accidente cerebrovascular. La diferenciación clínica del accidente cerebrovascular de los imitadores es un primer paso crucial que influye en las decisiones sobre el tipo y la urgencia de las investigaciones y la selección de los tratamientos más apropiados.

**Estudio núm. 11.** Enfermedad cerebrovascular en la infancia: presentación de casos clínicos [21]. (Graziano A et al)

- Tipo Estudio: serie de casos. Nivel de evidencia: 4. Grado de recomendación: C.

La enfermedad cerebrovascular en pediatría es considerada rara y poco frecuente, lo que contribuiría a un retraso diagnóstico. Actualmente, se observa un aumento en el diagnóstico de la ECV debido al mayor acceso a estudios de neuroimágenes y al mayor conocimiento de factores de riesgo asociados a ECV. La oportunidad de la derivación, la disponibilidad de neuroimagen y de complejidad acorde, tanto para el diagnóstico como para el tratamiento y seguimiento, resultarán determinantes para su abordaje.

**Estudio núm. 12.** Management of Stroke in Neonates and Children [22]. (Ferriero D et al)

- Tipo Estudio: Práctica clínica. Nivel de evidencia: 1c. Grado de recomendación: A.

Las tasas de incidencia anual de accidente cerebrovascular pediátrico, incluidos los accidentes cerebrovasculares tanto neonatales como posteriores a la niñez y los accidentes cerebrovasculares isquémicos y hemorrágicos, oscilan entre 3 y 25 por cada 100.000 niños en países desarrollados. Los recién nacidos tienen la relación de riesgo más alta: 1 de cada 4.000 nacidos vivos. El accidente cerebrovascular es un síndrome clínico. Los retrasos en el diagnóstico son comunes tanto en el accidente cerebrovascular perinatal como en el infantil, pero por diferentes razones. Para desarrollar nuevas estrategias de prevención y tratamiento, los procesos de la enfermedad y los factores de riesgo que conducen al accidente cerebrovascular pediátrico se analizan aquí para ayudar al médico en el diagnóstico y tratamiento rápidos. Las muchas diferencias importantes que afectan la fisiopatología y el tratamiento del accidente cerebrovascular infantil se analizan en cada sección.

**Estudio núm. 13.** Emergence of the Primary Pediatric Stroke Center: impact of the Thrombolysis in Pediatric Stroke (TIPS) Trial (23) (Kirton A et al.)

- Tipo Estudio: Estudio multicéntrico internacional. Nivel de evidencia: 1b. Grado de recomendación: A.

Antes de 2004, <25% de los sitios de TIPS tenían disponibilidad continua durante veinticuatro horas de equipos de accidente cerebrovascular agudo, capacidad de resonancia magnética o conjuntos de órdenes de accidente cerebrovascular, a pesar de la importante experiencia en accidentes cerebrovasculares pediátricos. Después de la preparación de TIPS, > 80% de los sitios ahora tienen estos sistemas en su lugar, y todos los sitios informaron una mayor disposición para tratar a un niño con accidente cerebrovascular agudo. El uso de una escala Likert de 1-10 en la cual 10 representaba una preparación completa, la preparación de la mediana del centro aumentó de 6.2 antes de la preparación del sitio a 8.7 en el momento de la activación del sitio.

**Estudio núm. 14.** Can Children Reduce Delayed Hospital Arrival for Ischemic Stroke?: A Systematic Review of School-Based Stroke Education. (24). (Beal C et al.)

- Tipo Estudio: Revisión sistemática. Nivel de evidencia: 2a. Grado de recomendación: B.

Las intervenciones de educación sobre accidentes cerebrovasculares en la escuela fueron efectivas para mejorar el conocimiento de los síntomas de accidente cerebrovascular entre los niños de jardín de infantes a secundaria. La mejora de los factores de riesgo de accidente cerebrovascular fue menos robusta. Las intervenciones fueron efectivas independientemente del formato, la duración o quién entregó la información. A pesar de las bajas tasas de respuesta de los padres en algunos estudios, hubo evidencia de que los niños transmitieron información sobre accidentes cerebrovasculares a los padres. Los programas de educación sobre accidentes cerebrovasculares basados en la escuela parecen eficaces para mejorar el conocimiento de los síntomas del accidente cerebrovascular.

**Estudio núm. 15.** The impact of stroke on the quality of life of children and adolescents [25]. (Rodrigues Gerzson L et al.)

- Tipo Estudio: estudio transversal con grupo control. Nivel de evidencia: 3b. Grado de recomendación: B.

La opinión de los responsables difiere de la visión del niño o adolescente de su capacidad funcional. La escolarización del padre influyó positivamente en los aspectos emocionales del niño y los niños sienten una pérdida en el rendimiento escolar.

**Estudio núm. 16.** Accidente cerebrovascular: un manto oscuro en pediatría [26]. (Benjamin Dabdoub C et al.)

- Tipo Estudio: Revisión bibliográfica. Nivel de evidencia: 2a. Grado de recomendación: B.

La ECV en los niños tiene una mortalidad cercana al 10%, siendo una de las diez primeras causas de mortalidad en pediatría. Tres cuartas partes de los sobrevivientes tienen déficits neurológicos a largo plazo. Sin embargo, aún no existen guías o protocolos consensuados para tratar las diversas patologías vasculares en estos grupos. Es importante poder determinar el mecanismo del ictus y la edad de presentación, porque influye mucho la causa y el factor riesgo en el pronóstico, y en consecuencia, en el tratamiento.

**Estudio núm. 17.** Ischemic stroke in children: a study of the associated alterations [27]. (Ranzan J et al.)

- Tipo Estudio: Investigación de una serie de casos. Nivel de evidencia: 4. Grado de recomendación: C.

La pluralidad de factores asociados presentes en AIS en niños y adolescentes indica que, muy a menudo, el evento no procede de una sola causa, sino que es el resultado de la interacción de estas alteraciones. La presente investigación sugiere la necesidad de una investigación extensa, concentrada particularmente en los trastornos protrombóticos para definir mejor el tratamiento e investigar el riesgo de recurrencia que, por ahora, permanece oscuro.

**Estudio núm. 18.** Características de los accidentes cerebrovasculares (ACV) en niños [28]. (Nunes T et al.)

- Tipo Estudio: Es un estudio observacional descriptivo, retrospectivo de corte transversal. Nivel de evidencia: 4. Grado de recomendación: C.

Los ACV hemorrágicos fueron las formas más frecuentes en esta casuística. El territorio vascular comprometido en todos los casos correspondió al carotídeo. Se registró una paridad entre los pacientes con secuelas y sin secuelas al alta, y la muerte se correlacionó con ACV muy graves y recidivantes.

**Estudio núm. 19.** Características clínicas y radiológicas de una cohorte de niños con trombosis venosa intracraneal [29]. (López M et al.)

- Tipo Estudio: Estudio observacional de una cohorte de niños > 30 días. Nivel de evidencia: 4. Grado de recomendación: C.

Los niños con TVI presentan importantes diferencias clínicas y en neuroimágenes relacionadas con la edad. La elevada proporción de pacientes con retardo diagnóstico es reflejo del bajo índice de sospecha, sobretodo en edades menores. Tanto la localización profunda del trombo como la presencia de infartos del parénquima encefálico aumentan significativamente el riesgo de presentar mal pronóstico al alta. Puesto que la detección precoz de la TVI podría disminuir la ocurrencia de lesiones encefálicas secundarias, es recomendable solicitar neuroimágenes de forma temprana en grupos de riesgo, frente a la aparición de sintomatología neurológica de expresión e intensidad variable.

## 5. Discusión

Los diferentes estudios que han sido analizados y utilizados para la elaboración de esta revisión bibliográfica consensuan que el accidente cerebrovascular pediátrico es una entidad clínica distinta, con etiologías únicas, consideraciones

de diagnóstico y otros desafíos en comparación con el accidente cerebrovascular en adultos. Además, la enfermedad cerebrovascular se encuentra entre las 10 principales causas de mortalidad infantil para todos los rangos de edad. El accidente cerebrovascular pediátrico se estratifica según la edad, con un accidente cerebrovascular infantil que se define entre los 29 días de vida y los 18 años, y el accidente cerebrovascular perinatal que surge antes de los 29 días [9]. Un ACV en la edad pediátrica, ocurre con menos frecuencia en comparación con las patologías posibles que se dan en ese período de la vida, pero cuando se instaura, el impacto puede ser muy grave [11].

Si bien existe un acuerdo general de que la incidencia de accidente cerebrovascular entre los ancianos está disminuyendo en el mundo desarrollado, existe la preocupación de que pueda estar aumentando entre los jóvenes, como citó el estudio que investiga este problema para la población noruega durante los años 2010-2015 [12].

En el caso de la infancia, el ACV es multifactorial. Aparecen como una de las más importantes causas, las enfermedades hematológicas (la anemia de células falciformes, policitemia, enfermedad Púrpura autoinmune del recién nacido), las enfermedades autoinmunes, malformaciones arteriovenosas, aneurismas, enfermedades del riñón, displasia fibromuscular, mitocondriopatía, SIDA, trastornos vasculares, enfermedades del corazón, deshidratación, shock séptico y el cáncer. Causas relacionadas con la coagulación hereditaria, con la participación mutaciones en el ADN genómico, y que afecta en particular el factor V y factor II, también son causas importantes, pero que todavía están en estudio. A pesar de numerosas causas, muchos casos de ACV infantil no han aclarado su etiología [11].

Entre los tipos de ACV en la infancia, el isquémico es el más frecuente. Afecta fundamentalmente a la zona irrigada por la arteria cerebral media, siendo la izquierda su mayor parte lesionada. Esto a su vez se divide en embólicos, con embolia cardíaca, séptico, gaseoso, graso y la trombosis, con la posibilidad de trombosis arterial y senos venosos [11]. Otro estudio citó



que la incidencia de accidente cerebrovascular en la edad perinatal y adolescente es mayor. Se necesita más investigación para examinar las etiologías por edad. Es de destacar que los adolescentes y los recién nacidos constituyeron la mayoría de los casos de fatalidad. De manera similar a los datos informados anteriormente, el 64-74% de las muertes por accidente cerebrovascular, se deben a un accidente cerebrovascular hemorrágico [18].

La historia y el examen clínico deben apuntar a enfermedades o factores predisponentes. La neuroimagen es el estándar de oro para el diagnóstico de accidente cerebrovascular pediátrico y se pueden considerar otras investigaciones de acuerdo con la condición clínica. A pesar de los avances en la investigación del accidente cerebrovascular pediátrico y la atención clínica, las preguntas siguen sin respuesta con respecto al tratamiento agudo, la prevención secundaria y la rehabilitación. Las recomendaciones de tratamiento se extrapolan principalmente de estudios en poblaciones adultas [13]. La resonancia magnética es la modalidad inicial de elección, incluidos los protocolos de accidente cerebrovascular acordados, seguidos de imágenes vasculares para detectar anomalías que pueden ser la base de un accidente cerebrovascular identificado [19].

Los largos retrasos en el diagnóstico del accidente cerebrovascular infantil limitan el acceso a las intervenciones hiperagudas que mejoran los resultados en adultos. Diferentes estudios han demostrado los beneficios de desarrollar un protocolo de Code Stroke pediátrico para acortar el tiempo de diagnóstico y aumentar las tasas de trombólisis y trombectomía mecánica. Sería de gran ayuda también la diferenciación clínica del accidente cerebrovascular de los imitadores por parte de las enfermeras de triaje pediátricas y los médicos de urgencias, en particular la rapidez de la evaluación médica, la necesidad de neuroimagen emergente para confirmar el diagnóstico, el inicio del tratamiento antitrombótico en el accidente cerebrovascular isquémico y la intervención neuroquirúrgica en accidente cerebrovascular hemorrágico. La identificación clínica correcta del accidente cerebrovascular evita procedimientos diag-

nósticos o terapéuticos innecesarios y permite la implementación temprana de medidas para mantener la homeostasis fisiológica [20]. Del mismo modo que las intervenciones de educación sobre accidentes cerebrovasculares en la escuela fueron efectivas para mejorar el conocimiento de los síntomas de accidente cerebrovascular entre los niños [24].

En los estudios seleccionados todos coinciden, que las alteraciones neurológicas y cognitivas después del accidente cerebrovascular isquémico arterial pediátrico influyen negativamente en la calidad de vida. Los niños con problemas motores y neurológicos, así como aquellos con problemas motores, cognitivos y de atención combinados, tienen un mayor riesgo de baja calidad de vida [17].

## 6. Conclusiones

Tras haber analizado y comparado los diferentes artículos obtenidos de las búsquedas bibliográficas, los planes de asistencia sanitaria al Ictus Pediátrico y los protocolos que se han podido obtener sobre el Código Ictus Pediátrico así como toda la información relevante, se concluye que el Ictus constituye uno de los problemas de salud pública emergentes. Es por ello que se deben potenciar ciertos aspectos desde el ámbito de la enfermería.

En los últimos años se ha producido un crecimiento del conocimiento de los ictus en la infancia, no solo de la etiología sino de los métodos diagnósticos y terapéuticos. La importancia de esta entidad no radica en su incidencia, ya que permanece estable, si no en su prevalencia por la morbimortalidad que produce en la población pediátrica.

Los autores coinciden en que la ausencia de procedimientos diagnósticos favorece este alto índice de casos no diagnosticados, llama la atención que no existan protocolos estructurados y actualizados para el estudio del niño con ACV y que en la mayoría de los casos esto dependa de la experiencia clínica individual.

Siguen siendo asuntos controversiales la influencia real de ciertos factores de riesgo, la efectividad de la prevención y los tratamientos

utilizados en estos pacientes. Es importante poder determinar el mecanismo del ictus y la edad de presentación, porque influye mucho la causa y el factor riesgo en el pronóstico, y en consecuencia, en el tratamiento.

El ictus constituye el paradigma de enfermedad prevalente, potencialmente grave, de consecuencias evitables y cuyo pronóstico depende de la rapidez y efectividad en las actuaciones. Aunque el ictus agudo en la edad pediátrica tiene, en términos globales, mejor pronóstico que en adultos, la morbilidad asociada es considerable. Consecuentemente, los costes agregados de un paciente con ictus, serán probablemente mayores en pacientes pediátricos que en adultos.

De la misma manera que se hace imprescindible la creación de protocolos y guías de actuación sólidas, sería necesario un reciclaje formativo de los profesionales que trabajen en urgencias y unidades de cuidados críticos en el ámbito extrahospitalario como intrahospitalario y a los máximos responsables de la atención de este tipo de pacientes. Además, después de formarse, se deben realizar una evaluación continua para comprobar la adquisición de conocimientos de calidad y una praxis adecuada.

La enfermería juega un papel fundamental en el triaje y en la gestión de procesos claves de emergencia relacionados con la evaluación oportuna, la clasificación y el rápido control del ictus pediátrico.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Estrategia en ictus del Sistema Nacional de Salud. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [Internet]. 2008 [cited 1 May 2021] Available from: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/EstrategiaIctusSNS.pdf>.
2. Álvarez P. A. Accidente cerebrovascular - revisión de la literatura: etiología, diagnóstico, tratamiento general y análisis pediátrico. Revista Colombiana de Enfermería [Internet]. 2016 [cited 5 September 2021];6(6):102. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4036690>
3. Vázquez-López M, Castro-de Castro P, Barredo-Valderrama E, Miranda-Herrero M, Gil-Villanueva N, Alcaraz-Romero A et al. Ictus isquémico en niños con cardiopatía: estudio epidemiológico. Neurología [Internet]. 2017 [cited 5 September 2021];32(9):602-609. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-295-articulo-ictus-isquemico-ninos-con-cardiopatia-S021348531630055X>
4. Sanchez Alvarez M. Epidemiología y causas de la patología vascular cerebral en niños. Revista española de pediatría [Internet]. 2017 [cited 12 August 2021];73 suplemento 1:1-5. Available from: <https://secip.com/wp-content/uploads/2018/04/1-ictus-en-pediatria.pdf>
5. Mateos Rodríguez A, Martín-Sánchez F, Villarroel González-Elipe P. Reflexiones sobre el plan de atención al ictus en la Comunidad de Madrid. Neurología [Internet]. 2015 [cited 6 July 2021];30(9):593. Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-295-articulo-reflexiones-sobre-el-plan-atencion-S0213485314000851>
6. Díaz Díaz J, Camacho Salas A, Núñez Enamorado N, Carro Rodríguez M, Sánchez Galán V, Martínez de Aragón Calvo A et al. Ictus en pacientes pediátricos con anemia falciforme. Revista de Neurología [Internet]. 2014 [cited 9 August 2021];59(04):153. Available from: <https://www.neurologia.com/articulo/2013452>
7. Plan Andaluz de Atención al Ictus: 2011-2014. Consejería de Igualdad, Salud y Políticas Sociales 2011 [Internet]. [cited 9 August 2021]. Available from: [http://www.juntadeandalucia.es/salud/channels/temas/temas\\_es/P\\_2\\_ANDALUCIA\\_EN\\_SALUD\\_PLANES\\_Y ESTRATEGIAS/plan\\_ictus/plan\\_ictus?perfil=org&desplegar=/temas\\_es/P\\_2\\_ANDALUCIA\\_EN\\_SALUD\\_PLANES\\_Y ESTRATEGIAS/&idioma=es&tema=/temas\\_es/P\\_2\\_ANDALUCIA\\_EN\\_SALUD\\_PLANES\\_Y ESTRATEGIAS/plan\\_ictus/&contenido=/channels/temas/temas\\_es/P\\_2\\_ANDALUCIA\\_EN\\_SALUD\\_PLANES\\_Y ESTRATEGIAS/plan\\_ictus/plan\\_ictus](http://www.juntadeandalucia.es/salud/channels/temas/temas_es/P_2_ANDALUCIA_EN_SALUD_PLANES_Y ESTRATEGIAS/plan_ictus/plan_ictus?perfil=org&desplegar=/temas_es/P_2_ANDALUCIA_EN_SALUD_PLANES_Y ESTRATEGIAS/&idioma=es&tema=/temas_es/P_2_ANDALUCIA_EN_SALUD_PLANES_Y ESTRATEGIAS/plan_ictus/&contenido=/channels/temas/temas_es/P_2_ANDALUCIA_EN_SALUD_PLANES_Y ESTRATEGIAS/plan_ictus/plan_ictus)
8. Mateos Rodríguez A, Martín-Sánchez F, Villarroel González-Elipe P. Reflexiones sobre el plan de atención al ictus en la Comunidad de Madrid. Neurología [Internet]. 2015 [cited 6 July 2021];30(9):593.

- Available from: <https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-295-articulo-reflexiones-sobre-el-plan-atencion-S0213485314000851>
9. Alvela Suárez L et al. Guía clínica Ictus en fase aguda. Lugo: Servicio de Medicina Interna. Hospital Lucus Augusti. Servicio Galego de Saúde [Internet]. 2014 [cited 20 July 2021] Available from: <https://www.fisterra.com/guias-clinicas/ictus-fase-aguda/>
  10. Carrera Hueso ML, Rufino Valor A, Rodríguez Martínez P. Plan de atención al Ictus en la Comunidad Valenciana 2011-2015. Comunidad Valenciana: Generalitat. Conselleria de Sanitat [Internet]. 2011 [Cited 3 May 2021]. Available from: <http://publicaciones.san.gva.es/publicaciones/documentos/V.382-2011.pdf>
  11. Liégio Matão L, Borges de Miranda D, Faria Campos P, Pacheco L, Martins Pereira P. Atención al accidente cerebro vascular infantil: perspectiva de la neurología pediátrica. *Enfermería Global* [Internet]. 2011 [cited 14 September 2021];10(22). Available from: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412011000200009](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412011000200009)
  12. Barra M, Labberton A, Faiz K, Lindstrøm J, Rønning O, Viana J et al. Stroke incidence in the young: evidence from a Norwegian register study. *Journal of Neurology* [Internet]. 2018 [cited 17 September 2021];266(1):68-84. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30377817>
  13. Klucka J, Stourac P, Stoudek R, Toukalkova M, Harazim H, Kosinova M et al. Ischemic stroke in paediatrics - narrative review of the literature and two cases. *Biomedical Papers* [Internet]. 2017 [cited 17 September 2021];161(1):24-30. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27833170>
  14. Beslow L, Dowling M, Hassanein S, Lynch J, Zafeiriou D, Sun L et al. Mortality After Pediatric Arterial Ischemic Stroke. *Pediatrics* [Internet]. 2018 [cited 17 September 2021];141(5):e20174146. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29695585>
  15. Bartha-Doering L, Novak A, Kollndorfer K, Schuler A, Kasprian G, Langs G et al. Atypical language representation is unfavorable for language abilities following childhood stroke. *European Journal of Paediatric Neurology* [Internet]. 2019 [cited 19 September 2021];23(1):102-116. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30314763>
  16. Ghotra S, Johnson J, Qiu W, Newton A, Rasmussen C, Yager J. Age at stroke onset influences the clinical outcome and health-related quality of life in pediatric ischemic stroke survivors. *Developmental Medicine & Child Neurology* [Internet]. 2015 [cited 19 September 2021];57(11):1027-1034. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26307431>
  17. Kornfeld S, Studer M, Winkelbeiner S, Regényi M, Boltshauser E, Steinlin M. Quality of life after paediatric ischaemic stroke. *Developmental Medicine & Child Neurology* [Internet]. 2016 [cited 20 September 2021];59(1):45-51. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27767202>
  18. Lehman L, Khoury J, Taylor J, Yeramani S, Sucharew H, Alwell K et al. Pediatric Stroke Rates Over 17 Years: Report From a Population-Based Study. *Journal of Child Neurology* [Internet]. 2018 [cited 20 September 2021];33(7):463-467. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5935572/>
  19. Khalaf A, Iv M, Fullerton H, Wintermark M. Pediatric Stroke Imaging. *Pediatric Neurology* [Internet]. 2018 [cited 20 September 2021];86:5-18. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30122281>
  20. Mackay M, Yock-Corrales A, Churilov L, Monagle P, Donnan G, Babl F. Differentiating Childhood Stroke From Mimics in the Emergency Department. *Stroke*. 2016;47(10):2476-2481.
  21. Tomás Vila M, Vazquez Costa J, Izquierdo Sebastián S, Tellez De Meneses Lorenzo M, Dasí Carpio M, Mulas Delgado F. Enfermedad cerebrovascular en la infancia. Análisis retrospectivo de los ingresos hospitalarios en los últimos diez años en un hospital terciario de la Comunidad Valenciana. *Anales de Pediatría* [Internet]. 2012 [cited 21 September 2021];77(2):75-82. Available from: <https://www.analesdepediatria.org/es-enfermedad-cerebrovascular-infancia-analisis-retrospectivo-articulo-S169540331100556X>

22. Ferriero D, Fullerton H, Bernard T, Billinghamurst L, Daniels S, DeBaun M et al. Management of Stroke in Neonates and Children: A Scientific Statement From the American Heart Association/American Stroke Association. *Stroke* [Internet]. 2019 [cited 24 September 2021];50(3). Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30686119>
23. Bernard T, Rivkin M, Scholz K, deVeber G, Kirton A, Gill J et al. Emergence of the Primary Pediatric Stroke Center. *Stroke* [Internet]. 2014 [cited 24 September 2021];45(7):2018-2023. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4083478/>
24. Beal C, Flanders S, Bader S. Can Children Reduce Delayed Hospital Arrival for Ischemic Stroke?. *Journal of Neuroscience Nursing* [Internet]. 2016 [cited 24 September 2021];48(3):E2-E13. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27045288>
25. Gerzson L, Ranzan J, Almeida C, Riesgo R. O impacto do acidente vascular cerebral na qualidade de vida de crianças e adolescentes. *Fisioterapia e Pesquisa* [Internet]. 2018 [cited 24 September 2021];25(3):241-250. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/fp/v25n3/en\\_2316-9117-fp-25-03-241.pdf](http://www.scielo.br/pdf/fp/v25n3/en_2316-9117-fp-25-03-241.pdf)
26. Dabdoub, Benjamin C, Mercado C, Jordán O, Ferrufino JL, Silveira E, Dabdoub C. Accidente cerebrovascular: un manto oscuro en pediatría. *Revista de la Sociedad Boliviana de Pediatría Métrica* [Internet]. 2014 [cited 26 September 2021];53(3):129-136. Available from: [http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1024-06752014000300004&lang=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1024-06752014000300004&lang=es)
27. Ranzan J, Rotta N. Ischemic stroke in children: a study of the associated alterations. *Arquivos de Neuro-Psiquiatria* [Internet]. 2004 [cited 26 September 2021];62(3a):618-625. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0004-282X2004000400010](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2004000400010)
28. Nunes T, Recalde L, Espínola de Canata M. Características de los accidentes cerebrovasculares (ACV) en niños. *Pediatr. (Asunción)* [Internet]. 2008 [cited 24 September 2021]; 35(1): 18-23. Available from: [http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1683-98032008000100004&lng=en](http://scielo.iics.una.py/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1683-98032008000100004&lng=en)
29. Torres D, Muñoz T, Bancalari A, Manríquez C. Tratamiento antibiótico empírico inicial prolongado y riesgo de morbilidad en recién nacidos de muy bajo peso al nacer. *Revista chilena de pediatría* [Internet]. 2018 [cited 21 September 2021];(ahead):0-0. Available from: [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0370-41062018000500621](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062018000500621)

**TRABAJOS DE GRADO Y/O POSGRADO**

# **Análisis de las dificultades que encuentran las enfermeras en la atención a personas trans\*. Cuidados de enfermería desde una perspectiva sexológica**

## **Analysis of the difficulties that nurses face in the care of trans\*. Nursing care from a sexological perspective**

Alexander Cano Lozano

Graduado en Enfermería. Máster Universitario en Sexología.

FECHA DE RECEPCIÓN: 22/11/2024. FECHA DE ACEPTACIÓN: 13/01/2025. FECHA DE PUBLICACIÓN: 31/01/2025.

DOI: <https://doi.org/10.60108/ce.319>

**Cómo citar este artículo:** Cano Lozano, A., Análisis de las dificultades que encuentran las enfermeras en la atención a personas trans\*. Cuidados de enfermería desde una perspectiva sexológica. *Conocimiento Enfermero* 27 (2025): 23-40.

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

### **RESUMEN**

**Introducción.** Las personas trans\* manifiestan barreras significativas en la asistencia sanitaria que son percibidas como prejuicios o discriminación o tal vez como falta de conocimientos o formación por parte de los profesionales sanitarios. La finalidad de este estudio ha sido conocer las carencias .

**Objetivo.** Conocer las limitaciones con las que cuentan las enfermeras en la atención a personas trans\* en la Comunidad de Madrid.

**Metodología.** Se han consultado diferentes bases de datos que han permitido contextualizar la realidad trans\*. Posteriormente, se ha realizado un cuestionario en el que se han incluidos variables sociodemográficas y una Escala de Actitudes Negativas hacia las personas Trans (EANT). Los datos han sido tratados aplicando la prueba chi-cuadrado para determinar si hay una asociación significativa entre las variables a estudio.

**Resultados.** 265 enfermeras completaron el cuestionario, en las respuestas se puede apreciar un bajo nivel de transfobia. Los resultados del cuestionario reflejan una alta demanda por parte de las enfermeras en recibir más formación y sensibilización que facilite los cuidados.

**Discusión.** Las hipótesis planteadas no han resultado estadísticamente significativas, pero han aparecido otros hallazgos que han puesto en evidencia la necesidad de recibir formación y de crear protocolos de atención.

**Conclusiones.** Es importante que las enfermeras, como agentes sociales, asuman un papel activo y se enfrenten a los desafíos actuales. Cada enfermera puede contribuir significativamente en su práctica diaria a generar un clima de confort y seguridad para las personas trans\*.

**Palabras clave:** enfermería; sexología; transexualidad; diversidad sexual; cuidados inclusivos.

### **ABSTRACT**

**Introduction.** Trans people show significant barriers in the healthcare that are perceived as prejudices and discrimination, or perhaps, as unknowledge or lack of formation by the health staff. The objective of this study has been to know the necessities or conflicts that nurses have to face related to the health of trans people in order to offer them a similar treatment that ensures an equal attention and quality health cares.



**Objective.** The main objective in this investigation has been to know the limitations that nurses have to face in the attention to trans people in Madrid.

**Methodology.** In the development of this study have been consulted different databases that have allowed us to contextualize the trans reality. Subsequently, a questionnaire has been made in which have been included sociodemographic variables and a Negative Attitudes scale towards Trans people (EANT). The data have been considered using the chi – square proof in order to determine if there is a significative relation between the variables studied.

**Results.** A total of 265 nurses completed the questionnaire. In the answers we can find a low level of transphobia. The results in the questionnaire show that nurses demand more information and sensitization to facilitate the healthcare.

**Discussion.** The proposed hypothesis have not resulted statistically significative, but other findings have appeared that make evident the necessity to get a correct formation and to create attention protocols as other Autonomous Communities possess.

**Conclusions.** It is important that nurses, as social agents, assume an active rol and they face to the current challenges. Each nurse can contribute in a significant way in the daily practice to generate a confort and security atmosphere for trans people.

**Keywords:** nursing; sexology; trans; sexual diversity; inclusive healthcare.

## 1. Introducción/justificación

La aparición del término transexual se debe a Hirschfeld quien el 1923 lo utiliza de forma genérica para referirse a personas travestis y homosexuales en su estudio “Die intersexuelle konstitution”. No obstante, el avance en el concepto y estudio de la transexualidad se debe a Harry Benjamin quien en 1966 escribe su obra “The transexual phenomenon”.

La palabra transexual o transgénero ha sido generalmente abreviada con la palabra trans. En el discurso académico y de activismo de los Estados Unidos a este concepto se le ha añadido un asterisco, de tal manera que la palabra trans\* cada vez ha ido cogiendo mayor peso ya que permite ser utilizada como término paraguas [1]. En el Estado Español también se ha incluido este concepto como paraguas integrador de las diferentes experiencias de género [2].

La palabra trans\* no sólo engloba a las personas transgénero o transexuales sino que también incluye a travestis y a todas aquellas otras personas que no se identifican con el binarismo hombre/mujer como única opción de identidad. Susan Stryker también indica que trans\* hace referencia a las bases de datos y a las búsquedas de internet, en las que el símbolo funciona como un comodín. Así, cuando se agrega al final de un término se le está diciendo al buscador que busque lo que se ha escrito más cualquier carácter posterior [3].

A lo largo de este estudio se utilizará el tér-

mino trans\* como término que integre la gran diversidad existente de expresiones e identidades trans binarias o no binarias (trans, transgénero, travestis, género fluido, agénero, intergénero, genderqueer, etc). Esta es la forma en la que la mayoría de la literatura científica aborda este fenómeno.

A pesar de esta gran diversidad que abarca el término trans\*, está invisibilizada y su realidad es desconocida para la población general y para algunos profesionales de la salud. Pese a ello “la población trans o transgénero supone entre un 0,3 y un 0,6 % de la población mundial” [4].

La motivación de este estudio deriva del trabajo realizado como enfermero durante 5 años en el servicio de Urgencias del Hospital La Paz, un centro hospitalario referente en la propia Comunidad de Madrid en cuanto a atención a personas trans. Este hospital es el centro de referencia dentro de la Comunidad para las intervenciones quirúrgicas de las personas trans que optan por la cirugía de modificación genital.

La observación me llevó a percibir que la mayoría de las enfermeras y los enfermeros no contábamos con los conocimientos suficientes acerca de la diversidad trans\*, y es más, no se concebía el que no todas las personas trans\* tenían por qué haberse sometido a un proceso quirúrgico y/o hormonal para modificar su aspecto físico o genital o tan siquiera mostrar un aspecto físico que correspondiese con el del género con el que se sienten identificadas y al que los mandatos sociales atribuyen. Otro mo-

tivo que justifica este estudio es la ausencia de protocolos de atención integral a personas trans\* de la Comunidad de Madrid o tan siquiera del propio hospital, a diferencia de otras comunidades en las que sí existe un protocolo general de Atención Sanitaria a personas trans [5, 6]. Por otra parte, el Sistema Nacional de Salud también cuenta con una guía de buenas prácticas para la atención sanitaria a personas trans, aplicable en todo el territorio español [7]. El objetivo de esta guía es el de proporcionar herramientas de análisis y marcos de referencia en la elaboración de protocolos alternativos y no patologizantes de atención sanitaria a personas trans en un plano local e internacional. La Asociación Profesional Mundial para la Salud de las Personas Transgénero (WPATH) también proporciona una guía clínica para que los profesionales de la salud puedan ayudar a las personas trans y con variabilidad de género a transitar por rutas seguras y eficaces para el logro de un confort personal duradero con sus identidades de género, permitiéndoles maximizar su salud general, su bienestar psicológico y su realización personal [8].

Pese al desarrollo de estas guías nacionales e internacionales, la gran mayoría de Comunidades Autónomas y Hospitales no las han difundido entre sus trabajadores. Tal es el caso que en un hospital de referencia como es el Hospital La Paz en la Comunidad de Madrid, se continúe careciendo de guías y protocolos de atención a personas trans\* específicas de la propia Comunidad o del propio hospital o tan siquiera se presenten alguna de las guías ya diseñadas. Esto unido a la ausencia de asignaturas o temáticas que integren estos aspectos en las guías del Grado en Enfermería, podría implicar que las profesionales careciesen de los conocimientos necesarios para dar una atención adecuada a esta población, este hecho se refleja en que “más de la mitad de la población trans responde que sospecha que los conocimientos del personal sanitario acerca de su realidad son bajos y un tercio no se ha sentido respetado en alguna ocasión” [9]. Es más, “en estudios previos realizados se han encontrado hallazgos de transfobia y falta de formación entre los profesionales de la salud” [10].

En palabras de Alana Portero, la población trans ha sido clásicamente mal acompañada en el mundo sanitario: se pone en duda sus vivencias e identidades, se les fuerza a encajar en estereotipos del binarismo sexo-género, se alarga la atención en el tiempo retrasando el acceso a hormonas o cirugías, se elaboran protocolos que no tienen en cuenta los deseos y necesidades de cada paciente, etc, [9]. Todo ello conlleva problemas de accesibilidad al sistema sanitario para esta población.

Según un estudio recogido por la Federación Estatal de Lesbianas, Gays, Trans y Bisexuales las personas trans no binarias son las que menos acuden a los centros de salud ante un problema sanitario y no lo hacen por temor a los prejuicios que creen que pueda tener el personal sanitario o por la falta de conocimiento que presuponen que pueda tenerse sobre su realidad [11].

Otros estudios relacionados que se han llevado a cabo en esta línea resaltan barreras significativas percibidas por personas trans\*. Estas barreras agrupan diversos temas como: desigualdades en la atención sanitaria percibida por personas trans\*, prejuicios y discriminación, riesgos específicos de salud, déficit de conocimiento de los profesionales y falta de formación [12, 13].

Los datos que recoge en el preámbulo la nueva Ley para la Igualdad real y efectiva de las personas trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI resultan alarmantes. Esta Ley indica que el 63% de las personas trans encuestadas en España manifiesta haberse sentido discriminadas en los últimos doce meses. En algunos ámbitos, como el laboral, la discriminación es especialmente elevada, el 34% asegura haber sido discriminadas en este ámbito. También preocupa la discriminación en ámbitos como el acceso a la salud y los servicios sociales (el 39% explica que han sido discriminadas por el personal sanitario o de los servicios sociales) o el educativo (el 37% afirma que ha sufrido discriminación en el ámbito escolar) (Ley Estatal para la igualdad real y efectiva de la persona trans y para la garantía de los derechos de las personas LGTBI, 2023) [14, 15].

Estos datos ponen de manifiesto el compromiso que los profesionales sanitarios debemos

alcanzar ya que el desarrollo normativo y médico sobre la realidad de las personas trans\* se encuentra en constante desarrollo, lo cual provoca que debamos mantenernos informados para poder brindar una mejor asistencia. Además, el código deontológico de la profesión, así como los principios que marcan la bioética exigen la actualización y el compromiso con los pacientes y la sociedad.

Tras la lectura de los datos y la observación en el medio de trabajo, surge la idea de realizar un estudio cuantitativo que permita conocer el grado de conocimiento de las enfermeras madrileñas, así como su actitud ante la atención a este colectivo e identificar sus limitaciones o barreras en la asistencia.

La finalidad de este estudio ha sido conocer las carencias o conflictos con los que cuentan estas profesionales de la salud para poder ofrecer un trato equitativo que asegure una atención igualitaria y unos cuidados de calidad. Además, este estudio responde a uno de los ODS (Objetivos de Desarrollo Sostenible), concretamente al Objetivo número 10 “Reducción de las desigualdades”. La meta número 2 de este ODS dice lo siguiente: “De aquí a 2030, potenciar y promover la inclusión social, económica y política de todas las personas, independientemente de su edad, sexo, discapacidad, raza, etnia, origen, religión o situación económica u otra condición” (Instituto Nacional de Estadística [INE], 2015).

Para contextualizar el trabajo de investigación, en primer lugar, se comienza conceptualizando la transexualidad y se realiza un repaso histórico, incluyendo su patologización y despatologización. Se trata de mostrar la visión que ha dado el modelo biologicista frente a la defensa que plantean las personas trans, para ello se ha llevado a cabo una profunda revisión de la literatura, realizando una intensa búsqueda en bases de datos y libros relacionados con la realidad trans\*. En segundo lugar, se presenta la estrategia metodológica cuantitativa que ha consistido en pasar un cuestionario a enfermeras que desempeñan su labor profesional en la Comunidad de Madrid. Se ha trabajado con diferentes variables sociodemográficas y se ha integrado una escala validada acerca de las actitudes negativas hacia las personas trans\*

(EANT) [16]. Según las características sociodemográficas, la investigación ha demostrado que la edad, el sexo masculino, el fundamentalismo religioso, la orientación política, la heterosexualidad y el menor grado de educación, así como el no conocer a las personas trans\* personalmente, están asociados con un mayor nivel de prejuicio/transfobia [10]. Por ello, en la realización de este estudio se han tenido en cuenta dichas variables.

Una vez analizada la bibliografía y los datos obtenidos del cuestionario, se ha llevado a cabo una discusión con los hallazgos más representativos que se han evidenciado, así como las conclusiones generales a las que se ha llegado con la realización del estudio.

## 2. Marco empírico

### 2.1. Pregunta de investigación

¿Cuáles son las limitaciones con las que se encuentran las enfermeras en la atención integral a las personas trans en la Comunidad de Madrid?

### 2.2. Hipótesis

- **H1:** La formación y conocimientos de las enfermeras en diversidad de género influirá a la hora de aplicar cuidados de calidad sobre las personas trans\*.
- **H2:** Las enfermeras con una orientación del deseo no heterosexual tendrán una menor dificultad o limitación a la hora de tratar con personas trans\*.
- **H3:** Las variables sociodemográficas, como la edad, pueden influir en la percepción y sensibilización de las enfermeras con la diversidad de género.

## 3. Objetivos

### Objetivo general:

- Conocer las dificultades con las que se encuentran las enfermeras a la hora de aten-

der a las personas trans\* en los centros sanitarios de la Comunidad de Madrid.

#### Objetivos específicos:

- Conocer los conocimientos de las enfermeras acerca de la realidad trans\* a través de un cuestionario.
- Elaborar un cuestionario con variables demográficas en el que se integre una escala de valoración de actitudes negativas hacia las personas trans.
- Identificar las barreras señaladas por las enfermeras que dificultan el poder prestar una atención de calidad.

## 4. Metodología

Las personas participantes de este estudio han sido enfermeras asistenciales que trabajen en diferentes servicios hospitalarios, de atención primaria o extrahospitalarios de la Comunidad de Madrid. No se ha considerado hacer discriminación entre ninguna de estas tres áreas asistenciales ya que las enfermeras que trabajan en cualquiera de estos espacios tratan a diario con estas personas. Se ha pretendido excluir a aquellas otras enfermeras que trabajan en unidades de atención a personas trans con la finalidad de no alterar el resultado de la investigación, ya que suponemos que estas enfermeras tienen conocimientos o formación acerca de realidades trans\*.

En el estudio han podido participar todas aquellas enfermeras que se encuentren en activo. La recogida de información se ha llevado a cabo a través de un cuestionario sociodemográfico elaborado para tal fin, también se ha integrado una escala validada de actitudes negativas hacia personas trans y se ha divulgado a través de Whatsapp y correo electrónico en el periodo de febrero a mayo 2023.

Para contextualizar y llevar a cabo el diseño del estudio y del cuestionario, se realizó previamente una revisión de la literatura en diferentes bases de datos y bibliotecas virtuales: Google Académico, Scielo, PubMed y ScienceDirect. También se han revisado otras fuentes como tesis doctorales, leyes y guías clínicas.

Las estrategias de búsqueda se han realiza-

do a través de descriptores MeSH y los operadores booleanos AND, OR y NOT. Se han limitado los resultados a artículos de acceso libre a texto completo.

Las limitaciones han sido artículos en español e inglés con menos de 20 años de antigüedad.

El principal obstáculo que ha inferido en la búsqueda ha sido la falta de estudios que traten los cuidados de enfermería en la diversidad sexual y más concretamente hacia las personas trans\*.

### 4.1. Instrumento

La primera parte del cuestionario incluye preguntas cerradas donde se abordan las variables sociodemográficas: edad, formación posgrado (especialidad, máster oficial, doctorado), lugar de trabajo, sexo asignado al nacer, orientación del deseo e identidad sexual, conocimientos o formación previa, así como creencias religiosas; en la segunda parte, se incluye una Escala validada de Actitudes Negativas hacia personas Trans (EANT) con respuestas Likert 5 niveles y, por último, se incluye una serie de criterios para conocer si las enfermeras consideran que les falta más formación académica, o dado el contexto social, formación posgrado, a través de cursos, seminarios, congresos, etc. También se pregunta acerca de si se siente persuadidas de algún modo por los estigmas sociales.

Por lo tanto, se trata de una investigación enmarcada dentro del método cuantitativo, descriptivo, observacional, retrospectivo y transversal.

A través de esta metodología también se busca dar voz a estas profesionales sanitarias dedicadas al cuidado de las personas en todas las esferas de la vida.

### 4.2. Modelo de análisis

Se ha optado por realizar la prueba chi-cuadrado para evaluar la asociación o independencia entre dos variables categóricas. Se ha construido una tabla de contingencias (también llamada de frecuencias) de sí, no, o tal vez en cada gru-

po. Posteriormente se ha aplicado la prueba chi-cuadrado para determinar si hay una asociación significativa entre las dos variables. Los datos estadísticos han sido tratados con el programa SPSS.

Por otro lado, los resultados obtenidos en la EANT se han proyectado en una tabla lo que permite de un ligero vistazo hacerse una idea de los resultados obtenidos en esta escala validada. Este instrumento permite valorar el prejuicio y la discriminación hacia las personas trans\*, cuenta con 16 ítems y un Cronbach .90 lo que le

da una excelente fiabilidad. Se ha utilizado en diversos estudios similares para hallar niveles de transfobia hacia el colectivo.

Dado el método de recogida de datos como es la edad a través de rangos no se ha podido hallar la media y la moda, por lo que se ha utilizado un análisis estadístico de frecuencias para esta variable. Se ha construido una tabla (Tabla 1) con las características de la muestra.

### 5. Resultados

**TABLA 1.** Características de la muestra.

	Enfermeras que respondieron al cuestionario n= 265
Edad	25- >60 años. Rango de mayor participación 25-35 años (41,1%).
Sexo/ género	77% mujeres; 22,3% hombres; 0,4% no binario; 0,4% no se identifica.
Orientación del deseo	78,5% heterosexual; 10,2% bisexual; 9,8% homosexual; 1,1% asexual; 0,4% pansexual
Religión	40,8% católico; 52,5% ateo; 6,7% otras religiones.
Lugar de trabajo	48,3% hospital; 33,6% atención primaria; 13,2% extrahospitalaria; 4,9% otros servicios.
Formación postgrado	39,6% máster; 25,7% especialidad; 20,4% ninguna formación postgrado; 6% experto universitario; 1,9% doctorado; 6,4% otra formación.
Formación previa sobre diversidad de género	47,5% de la muestra ha recibido formación sobre diversidad de género
Han tratado a personas trans*	87,2% a atendido a personas trans* en alguna ocasión.
Consideración acerca de que las enfermeras reciban formación sobre diversidad de género	81,9% considera que sí; 7,9% considera que no; 10,2% considera que tal vez.
Dificultad o limitación a la hora de atender a personas trans*.	40% considera que sí; 44,9% considera que no; 15,1% considera que tal vez.
Consideración de las enfermeras acerca de si las personas trans* sufren discriminación por el personal sanitario.	24,9% considera que sí; 43% considera que no; y el 32,1% que tal vez.



**TABLA 2.** Resultado Escala de Actitudes Negativas hacia personas Trans (EANT).

	Escala Likert de 1 a 5 (1= totalmente en desacuerdo; 5= totalmente de acuerdo)				
	1	2	3	4	5
Está bien que las personas trans puedan adoptar niños	4.5%	1.5%	7.9%	9.4%	76.6%
Las personas trans no deberían poder enseñar en las escuelas	89.8%	2.6%	3%	0.8%	3.8%
El sexo con una persona trans no es natural	83%	8.3%	3.8%	1.9%	3%
Las personas trans son una amenaza para la familia y la sociedad	93.6%	1.1%	2.3%	0%	3%
Las personas trans tienden a ser sexualmente promiscuas	73.2%	10.6%	11.7%	2.6%	1.9%
Sería chocante ver a una persona trans dando un beso	91.7%	3.8%	1.9%	0.4%	2.3%
Me molestaría que un hijo mío sea travesti	66.4%	10.2%	13.2%	6.4%	3.8%
Las personas trans son más propensas que el resto de la sociedad a contraer una enfermedad sexual	68.3%	8.7%	14.7%	5.7%	2.6%
Las personas trans deberían ser confinadas en un establecimiento que trate específicamente su patología	95.8%	0.8%	1.1%	0%	2.3%
Las personas trans deberían tener prohibida la entrada a las iglesias	96.6%	0.4%	0.4%	0.4%	2.3%
Las leyes deberían ser más duras con las personas travestis y transexuales	95.5%	1.9%	0.4%	0%	2.3%
Me niego a llamar a una persona trans por el nombre que utiliza porque no se corresponde con el sexo con el que nació	95.8%	0.4%	0%	0.4%	3.4%
Los travestis son homosexuales disfrazados de mujer	91.3%	2.3%	3.8%	0%	2.6%
Evito a las personas trans siempre que me es posible	95.1%	1.1%	1.1%	0%	2.6%
Las personas trans no deberían tener los mismos derechos que el resto de la sociedad	95.1%	1.5%	0.8%	0.4%	2.3%
Reconocer a las personas trans como normal debería ser beneficioso para la sociedad	9.8%	1.1%	2.3%	7.9%	78.9%

Como puede observarse, la Escala de Actitudes Negativas hacia personas Trans, muestra escasos valores de rechazo hacia este colectivo, es más, al cruzar datos se ha observado que algunas de las personas que habían respondido a “Me niego a llamar a una persona trans por el

nombre que utiliza porque no se corresponde con el sexo con el que nació” sí que consideraban importante recibir formación sobre atención a personas trans\* o han referido no haber encontrado ninguna dificultad en la atención hacia el colectivo. Esta incongruencia puede es-

tar relacionada con haber rellenado la encuesta con rapidez o sin prestar la debida atención a la numeración Likert.

A continuación, se describen los resultados que responden a las hipótesis planteadas. Los datos obtenidos han sido sometidos a la prueba chi cuadrado con el programa de análisis estadístico SPSS.

**H1: La formación y conocimientos de las enfermeras en diversidad de género influirá a la hora de aplicar cuidados de calidad sobre las personas trans\*.**

De las enfermeras que respondieron al cuestionario, sí habían recibido formación 127 (47,9%) de las 265, mientras que las 138 (52,1%) restantes no habían recibido ningún tipo de formación relacionada.

De las enfermeras que habían recibido formación previa, un 44,1% comenta haber encontrado alguna dificultad a la hora de atender a personas trans, frente al 41,7% que no habían encontrado ninguna dificultad o el 14,2% que tal vez.

Las enfermeras que no han recibido ninguna formación sobre cuestiones de género indican que no han encontrado dificultad en la atención en el 47,4%, mientras que el 36,5% afirma que sí. Un 16,1% comenta que tal vez la haya podido tener.

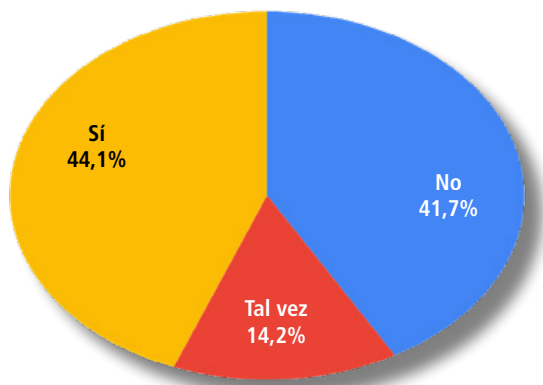
P= 0,118 (p<0.05). El resultado obtenido no es estadísticamente significativo.

**H2: Las enfermeras con una orientación del deseo no heterosexual tendrán una menor dificultad o limitación a la hora de tratar con personas trans\*.**

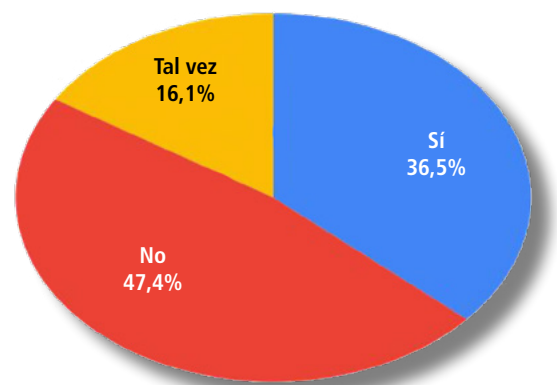
Del total de enfermeras a las que se les pasó el cuestionario, 207 (78,1%) respondieron que eran heterosexuales frente a 58 (21,9%) que respondieron una orientación diferente a esta.

Enfermeras heterosexuales. Tal y como describe el gráfico, del total de enfermeras heterosexuales encontraron dificultad a la hora de atender a personas trans el 36,2%, el 47,8% señala no haber encontrado ninguna dificultad y un 15,9% indican que tal vez.

**FIGURA 1.** Dificultad encontrada en la atención a personas trans\* por enfermeras con formación previa en diversidad de género.



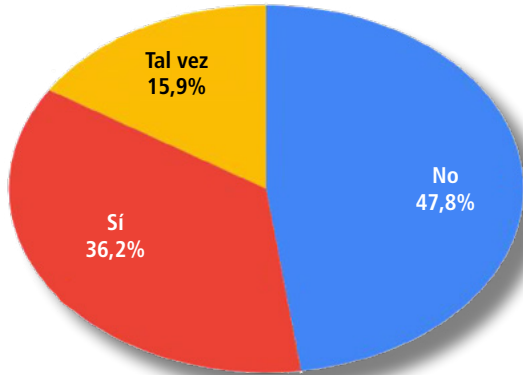
**FIGURA 2.** Dificultad encontrada en la atención a personas trans\* por enfermeras sin formación previa en diversidad de género.



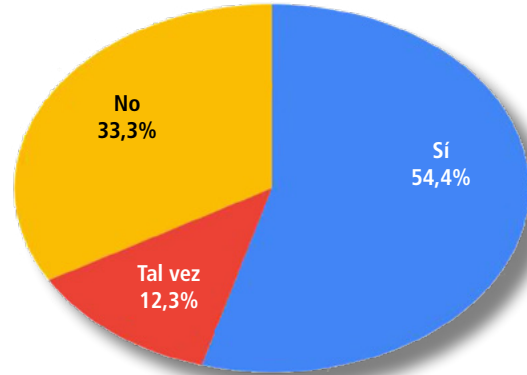
**TABLA 3.** Dificultad encontrada en la atención a personas trans\* por enfermeras sin formación previa en diversidad de género respecto a enfermeras con formación.

	Sí	No	Tal vez	Total
Han recibido formación	56	53	18	n= 127
No han recibido formación	51	65	22	n= 138
Total	107	118	40	N= 265

**FIGURA 3.** Limitaciones encontradas por enfermeras con una orientación del deseo heterosexual en la atención a personas trans\*.



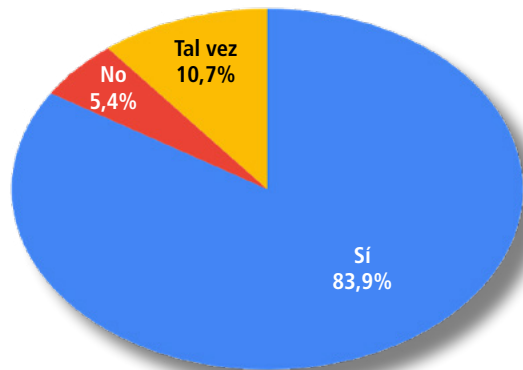
**FIGURA 4.** Limitaciones encontradas por enfermeras con una orientación del deseo no heterosexual en la atención a personas trans\*.



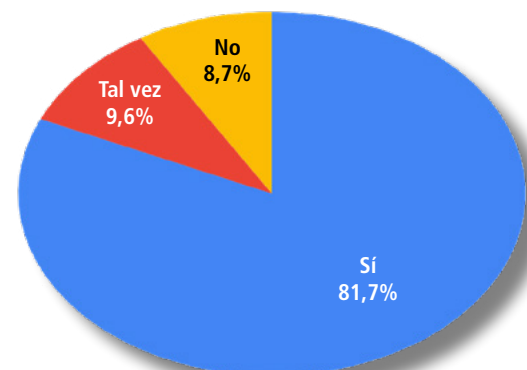
**TABLA 4.** Dificultad encontrada por enfermeras con una orientación del deseo no heterosexual respecto a enfermeras con orientación heterosexual.

	Sí	No	Tal vez	Total
Heterosexuales	75	99	33	n= 207
No heterosexuales	32	19	7	n= 58
Total	107	118	40	N= 265

**FIGURA 5.** Consideración por parte de las enfermeras >45 años el recibir formación en diversidad de género.



**FIGURA 6.** Consideración por parte de las enfermeras <45 años el recibir formación en diversidad de género.



Enfermeras no heterosexuales. Un 54,4% indica haber tenido dificultad en la atención, frente al 33,3% que considera no haber tenido dificultad o el 12,3% que tal vez.

P= 0.065 (p<0.05). El resultado obtenido no es estadísticamente significativo.

**H3: Las variables sociodemográficas, como la edad, pueden influir en la percepción y sensibi-**

**lización de las enfermeras con la diversidad de género.**

Del total de enfermeras que respondieron al cuestionario, 208 (78,5%) eran menores de 45 años mientras que 57 (21,5%) tenían más de 45 años.

Edad de 45 años a mayores de 60 años. Las enfermeras categorizadas como más mayores respondieron que consideraban importan-

**TABLA 5.** Dificultad encontrada por enfermeras en rango de edad <45 años respecto a enfermeras >45 años.

	Sí	No	Tal vez	Total
Menores 45 años	170	18	20	n= 208
Mayores 45 años	48	6	3	n= 57
Total	218	24	23	N= 265

te recibir formación en cuidados inclusivos en el 83,9%, mientras un 5,4% consideró que no, y un 10,7% que tal vez.

Edad de 22 años a 45 años. Las enfermeras en este rango de edad, más jóvenes que la muestra anterior, consideró importante recibir formación en un 81,7%. Un 9,6% consideró que no era importante la formación en este campo y un 8,7% que tal vez.

$P= 0.523$  ( $p<0.05$ ). El resultado obtenido no es estadísticamente significativo.

## 6. Discusión

Es cierto que estudios previos han identificado barreras significativas que dificultan el acceso de las personas trans\* al sistema sanitario debido a la percepción de discriminación y al temor a los prejuicios y falta de conocimientos y formación sobre la diversidad sexual en los entornos sanitarios [11]. Estas barreras pueden generar limitaciones en la atención y afectar negativamente la experiencia de las personas trans\* en estos entornos. Los hallazgos encontrados en este reciente estudio parecen ir en otra dirección.

Tras analizar la primera hipótesis puede apreciarse que la relación entre formación en diversidad de género y la limitación a la hora de aplicar cuidados a las personas trans\* no cumplen una relación estadísticamente significativa. Esto podría responder al código deontológico de la profesión en la que se pone en valor el trato equitativo e igualitario de todas las personas. Además, según dicta este código, las enfermeras deben proteger al paciente mientras esté a su cuidado de posibles tratos humillantes, degradantes, o de cualquier otro tipo de afrentas a su dignidad personal. A esto cabría añadir la visibilidad lograda en los últimos años y la convi-

vencia con el colectivo, lo que puede llevar a un mayor grado de empatía, desarrollo de habilidades comunicativas, apoyo y sensibilización.

En cuanto a la hipótesis en la que se plantea que las enfermeras con una orientación del deseo no heterosexual tendrán una menor dificultad o limitación a la hora de atender a personas trans\*, el resultado obtenido muestra una aproximación al valor significativo de  $p < 0.05$ . Aun así, este valor no alcanza el umbral necesario para interpretar la existencia de una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables. Esto podría deberse a una muestra insuficiente ya que la tendencia indica una menor dificultad en las personas no heterosexuales respecto a las heterosexuales, que en este caso eran mayoritarias (78,1%).

En relación con la última hipótesis planteada en la que se trataba de buscar mayores niveles de sensibilización de las enfermeras jóvenes respecto a las más mayores con el colectivo, los resultados obtenidos no respaldan esta afirmación. Sin embargo, es reseñable destacar que la falta de cumplimiento de esta hipótesis no implica necesariamente un menor compromiso por parte de las enfermeras más jóvenes hacia la diversidad del abanico trans\*. De hecho, podría haber otros factores en juego que expliquen estos resultados, como una mayor exposición y convivencia con la diversidad de género en la sociedad actual, lo que genera una mayor familiaridad y aceptación; esto puede implicar que no se considere necesario una mayor formación en este ámbito. Los resultados negativos en la EANT son favorables en este rango de edad, lo cual podría justificar esta argumentación.

Es significativo reconocer que la EANT resulta bastante obsoleta y no recoge de forma ordenada y sencilla los descriptivos, por lo que ha

sido bastante criticada por las participantes: “me he perdido, he tenido que volver atrás en varias ocasiones” o “eso no lo piensa ya nadie”.

La demanda de más formación y conocimientos refleja el deseo de las enfermeras en ampliar sus conocimientos y contar con las herramientas necesarias para saber cuándo es necesaria la derivación o la necesidad de cuidados concretos que solicita esta población. Es más que evidente la necesidad de establecer un protocolo comunitario que resuelva todos estos aspectos.

Por último, sorprende el resultado de que un porcentaje significativo de las enfermeras (24,9%) haya respondido afirmativamente sobre la existencia de discriminación hacia las personas trans\* por parte de la profesión, cuando los resultados del cuestionario apuntan a valores muy bajos de prejuicio/transfobia. Este hallazgo plantea importantes interrogantes para investigaciones futuras.

## 7. Conclusiones

Resulta alentador saber que, pese al hecho de que la Comunidad de Madrid no cuente con protocolos de atención sanitaria a personas trans\*, las enfermeras madrileñas afirman poseer conocimientos sobre la realidad de este colectivo. Según los resultados del cuestionario, se observa que casi la mitad de las participantes han recibido formación sobre diversidad de género. En torno al 80% conocen la diferencia entre sexo y género, así como la definición de trans\*. Resulta también reconfortante que la mayoría de las enfermeras participantes indiquen haber tratado en alguna ocasión con personas trans. Esto sugiere que han tenido experiencia directa en la atención de esta población, lo cual puede resultar beneficioso para el desarrollo de habilidades y sensibilización hacia las necesidades específicas de estas personas en el ámbito sanitario.

La Escala de Actitudes Negativas hacia las personas Trans nos ha permitido conocer un bajo nivel de discriminación hacia este colectivo. Sin embargo, algunas de las respuestas marcadas en la escala Likert que denotan transfobia han mostrado una inconsistencia significativa. Estas respuestas han sido cruzadas con otras

preguntas sociodemográficas mostrando una gran incongruencia, por lo que puede que algunas de las personas que han rellenado el cuestionario lo hayan hecho de forma rápida o hayan sufrido despistes al estar entremezcladas preguntas consideradas como positivas hacia el colectivo con otras que denotan altos grados de transfobia. Es trascendente considerar estos factores al interpretar los resultados del estudio.

Es cierto que los resultados obtenidos en el cuestionario podrían estar influenciados al haberse realizado en una ciudad grande y diversa donde se convive diariamente con personas trans\*. Además, es importante destacar la existencia de una Ley específica de la Comunidad de Madrid para garantizar los derechos de las personas LGTBI, lo cual podría aportar mayor nivel de visibilidad, reconocimiento y tolerancia. Estas políticas, como la actual Ley Trans, que permiten avanzar en Derecho Humanos, pueden tener un impacto positivo en la actitud de las personas, incluyendo al personal sanitario, promoviendo una cultura de respeto y no discriminación.

El cuestionario fue lanzando por Whatsapp y correo electrónico, y estos a su vez reenviados entre compañeras, por lo que la muestra no estuvo en ningún momento manipulada. Se invitaba a todas las enfermeras de la Comunidad de Madrid a participar y se garantizó que los datos obtenidos serían totalmente anónimos y confidenciales. Del mismo modo, se informó que los datos serían tratados únicamente con fines docentes e investigadores.

Los resultados del estudio señalan que la mayoría de las encuestadas indican falta de información y formación acerca de la diversidad de los cuerpos y los géneros existentes. También señalan mayoritariamente la influencia de la cisheteronormatividad social como limitación en el acercamiento a esta población. Las enfermeras demandan mayor formación, sobre todo, en conocimientos acerca de recursos de derivación en caso de ser necesarios, así como de sensibilización y prevención de la transfobia. Asimismo, también solicitan espacios de cuidados seguros para estas personas. Estos espacios garantizarían que las personas trans\* se sintiesen

cómodas y seguras al buscar atención sanitaria, libre de juicios y discriminación.

Es importante que las enfermeras, como agentes sociales, asuman un papel activo y se enfrenten a los desafíos actuales, incluso cuando el propio sistema de salud tarda en implementar soluciones. Cada enfermera puede contribuir significativamente en su práctica diaria a generar un clima de confort y seguridad para las personas trans\*.

## 8. Prospectiva

Este estudio pone en valor el bajo nivel de transfobia de las enfermeras madrileñas, lo cual es un hallazgo positivo. Dada la cantidad de resultados obtenidos, se podría continuar investigando en esta línea o abrir nuevas temáticas que relacionen la enfermería con la transexualidad o la diversidad de género.

Sería interesante realizar este mismo estudio en los próximos años y valorar la evolución de actitudes y conocimientos de las enfermeras hacia las personas trans\*. También resultaría pertinente analizar las diferencias entre comunidades autónomas con características demográficas distintas. Esto podría proporcionarnos información valiosa sobre cómo otros factores como la densidad de población, la diversidad sexual y las características socio-culturales pueden influir en las actitudes y prácticas de las enfermeras.

Particularmente, consideraría dar continuidad a este estudio mediante un enfoque cualitativo que nos permitiese obtener una comprensión detallada de las experiencias de las enfermeras con las personas trans\*: explorando sus vivencias personales, perspectivas individuales o los desafíos enfrentados, entre otros aspectos relevantes. De esta manera, podríamos obtener una visión más completa y significativa de sus experiencias.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Platero L, Rosón M, Ortega E. Barbarismos queer y otras esdrújulas. Edicions Bellaterra; 2017.
2. Missé M. Transexualidades. Otras miradas posibles. Egales; 2013.
3. Stryker S. Historia de lo trans. Continta Me Tienes; 2017.
4. Anadón Ruíz L, Ortiz Aragón S, Castellot Aparicio P, Sánchez Domingo A, Ferrer Gamero A, Herrera Alegre R. Plan de cuidados de enfermería a personas transgénero tras intento autolítico. Revista Sanitaria de Investigación [sitio web] 2022 [Consultado el 12 de enero de 2023] Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/plan-de-cuidados-de-enfermeria-a-paciente-transgenero-tras-intento-autolitico/#:~:text=Seg%C3%BAAn%20la%20Organizaci%C3%B3n%20Mundial%20de,de%20la%20poblaci%C3%B3n%20mundial1.>
5. Protocolo de Atención Sanitaria a Personas Trans. Consejería de Sanidad. Gobierno de Canarias [sitio web] 2019 [Consultado el 12 de abril de 2023] Disponible en: <https://apapcanarias.files.wordpress.com/2022/02/protocolo-de-atencion-sanitaria-a-personas-trans-1a.pdf>
6. Protocolo de atención a las personas transexuales en el servicio cántabro de salud. Cantabria. Consejería de Sanidad. Gobierno de Cantabria [sitio web] 2018 [Consultado el 12 de abril de 2023] Disponible en: <https://www.scsalud.es/documents/2162705/2529917/Atenci%C3%B3n+a+Personas+Transexuales.pdf/e5128888-3d8f-8c12-0eed-6ab95f24a3cd?t=1529918376599>
7. Guía de buenas prácticas para la atención sanitaria a personas trans en el marco del Sistema Nacional de Salud. Red por la despatologización de las identidades Trans del Estado Español [sitio web] [Consultado el 6 de marzo de 2023] Disponible en: <https://stp2012.files.wordpress.com/2010/10/stp-propuesta-sanidad.pdf>
8. Asociación Mundial para la Salud Transgénero. Normas para atención a la salud de personas trans con variabilidad de género. WPATH [sitio web] [Consultado el 10 de marzo de 2023] Disponible en: [https://www.wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v7/SOC%20V7\\_Spanish.pdf](https://www.wpath.org/media/cms/Documents/SOC%20v7/SOC%20V7_Spanish.pdf)
9. Portero A, Blanco DG, Bioque A, Macías A, Cassandra V, Qamar A. Vidas trans (4ªed). Antipersona; 2020.



10. García Acosta JM, Castro Pedaza ME, Perestelo Pérez L, Rivero Santana A, Áries Rodríguez A, Lorenzo Rocha ND. Midiendo las actitudes negativas y la transfobia explícita en un servicio de salud. *Index Enferm* [revista online] 2020 [Consultado el 4 de marzo de 2023] 29 (4). Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962020000300005](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962020000300005)
11. Guía para la atención de las personas trans en el ámbito sanitario. Federación Estatal de Lesbianas, Gays, Trans y Bisexuales. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social [sitio web] 2021 [Consultado el 7 de marzo de 2023]. Disponible en: [https://felgtbi.org/wp-content/uploads/2021/11/guia\\_at\\_personastrans\\_FELGTB21.pdf](https://felgtbi.org/wp-content/uploads/2021/11/guia_at_personastrans_FELGTB21.pdf)
12. García Acosta JM, De Castro Peraza ME, Arias Rodríguez MA, Llabrés Solé R, Lorenzo Rocha ND, Perdomo Hernández AM. Atención sanitaria trans competente, situación actual y retos futuros. *Revista Enfermería Global* [revista online] 2019 [Consultado el 23 de febrero de 2023] 18 (56). Disponible en: <https://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.4.357621>
13. López Gómez I, Tobalina Pardo G. Estudio sobre las necesidades y demandas de las personas no binarias en España. Ministerio de Igualdad. Gobierno de España [sitio web] 2022 [Consultado el 26 de febrero de 2023] Disponible en: [https://www.igualdad.gob.es/wp-content/uploads/Estudio\\_no\\_binarios\\_accesibilidad.pdf](https://www.igualdad.gob.es/wp-content/uploads/Estudio_no_binarios_accesibilidad.pdf)
14. Ley 4/2023, de 28 de febrero, para la Igualdad Real y Efectiva de las personas trans y para garantía de los derechos de las personas LGTBI. *Boletín Oficial del Estado*, número 51, (1 de marzo de 2023) <https://www.boe.es/eli/es/l/2023/02/28/4>
15. Ley 2/2016, de 29 de marzo, de Identidad y Expresión de Género e Igualdad Social y no Discriminación de la Comunidad de Madrid. *Boletín Oficial del Estado*, número 169, (14 de julio de 2016) <https://www.boe.es/eli/es-md/l/2016/03/29/2>
16. Paéz J, Hevia G, Pesci F, Rabbia HH. Construcción y validación de una escala de actitudes negativas hacia personas trans. *Revista de psicología* [revista online] 2015 [Consultado el 7 de enero de 2023] 33 (1). Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0254-92472015000100006](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0254-92472015000100006)

## ANEXO 1. Definición de conceptos [3, 7, 10]

**Andrógino:** persona que proyecta una imagen de género ambigua, mezclando deliberadamente rasgos masculinos y femeninos.

**Agénero:** se trata de un término utilizado para describir a una persona que no se identifica con ningún género.

**Cisgénero:** la persona siente concordancia entre su identidad de género y el sexo biológico al nacer.

**Cisnormatividad:** sistema mental y cultural de normas biologizantes cis- género que piensa que aquellas personas a las que se les asignó masculino al nacer siempre crecen para ser hombres y aquellas a las que se les asignó femenino al nacer siempre crecen para ser mujeres, y que fuera de esta norma se trataría de personas anormales, excluyendo a las personas no binarias y transgénero.

**Diversidad de género:** hace referencia a todas las posibilidades que tienen las personas de vivir y expresar la sexualidad, su orientación del deseo, su identidad y expresión de género.

**Disforia de género:** es el término utilizado cuando una persona siente angustia y aflicción asociado con una incongruencia entre el género experimentado y el sexo asignado al nacer.

**Expresión de género:** es el modo en que cada persona elige expresar su identidad de género. Se manifiesta a través del nombre, vestimenta, actitudes, etc.

**Género:** elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos y es una forma primaria de relaciones significantes de poder.

**Género fluido:** es la experiencia y el espacio para explorar una identidad cambiante.

**Identidad de género:** es la vivencia del género tal como una persona lo siente no teniendo que corresponderse con el sexo biológico.

**Intersexual:** este término se utiliza para englobar diferentes corporalidades en las cuales una persona nace con variaciones de las características sexuales que no parecen encajar en las definiciones típicas de hombre o mujer.

**LGTBIfobia:** toda actitud, conducta o discurso de rechazo, repudio, prejuicio, discriminación o intolerancia hacia las personas LGBTBI por el hecho de serlo, o ser percibidas como tales.

**Modelo binario:** modelo de representación y división del género, dando por hecho que las personas sólo pueden pertenecer al género femenino o masculino.

**Orientación del deseo sexual:** es la atracción física, emocional, erótica, afectiva y espiritual que siente una persona por otra.

**Salud sexual:** es un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad.

**Sexo:** es la constitución de una sucesión compleja de acontecimientos biológicos, psicológicos y sociales que hace que seamos seres sexuados.

**Sexualidad:** la sexualidad es un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de la vida. Abarca el sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Hace referencia al modo de sentirse como ser sexuado.

**Transexualidad:** término en desuso que se utiliza para referirse a personas trans que hayan pasado por intervenciones hormonales o quirúrgicas para modificar su cuerpo. En la actualidad ha sido sustituida por la palabra transgénero, posiblemente a consecuencia del anglicismo.

**Transfobia:** toda actitud, conducta o discurso de rechazo, repudio, prejuicio, discriminación o intolerancia hacia las personas trans por el hecho de serlo, o ser percibidas como tales.

**Transgénero:** la persona no siente concordancia entre su identidad de género y el sexo biológico al nacer.

**Transgenital o altergenital:** (esta definición sólo viene recogida en manuales LGTBIQA+, no se ha encontrado en artículos científicos ni en la RAE), es una etiqueta altersexual y transexual para alguien cuyos genitales han cambiado o desean cambiar los genitales con los que nacieron, que no coinciden con el sexo asignado. Transgenital incluye a las personas que han tenido o desean someterse a una cirugía de modificación genital.

## ANEXO 2. Cuestionario lanzado a través de Google Forms

Saludos, mi nombre es Alexander Cano Lozano, soy enfermero y, actualmente, me encuentro realizando el 2º año del Máster Oficial en Sexología: Educación Sexual y Asesoramiento Sexológico (UCJC). He decidido realizar un estudio para mi Trabajo Final de Máster sobre las limitaciones que encuentran las enfermeras a la hora de atender a personas trans en la Comunidad de Madrid. Por ello, si usted es enfermera o enfermero, agradecería enormemente su colaboración. No le llevará más de 10 minutos.

Por favor, conteste con honestidad, las respuestas son totalmente anónimas y confidenciales. Nadie podrá identificar sus respuestas con sus datos. Los datos obtenidos tienen fines únicamente docentes e investigadores.

Si acepta participar en el estudio, por favor, pulse *SIGUIENTE* para firmar este consentimiento informado y continuar.

### Edad:

- 22-25
- 25-30
- 30-35
- 35-40
- 45-50
- 50-55
- >60

### Sexo / Género:

- Mujer-cis
- Hombre-cis
- Mujer trans
- Hombre trans
- No binario
- Otro: \_\_\_\_\_

### Indique su orientación del deseo:

- Asexual
- Bisexual
- Heterosexual
- Homosexual
- Otro: \_\_\_\_\_

**Religión:**

- Ateo
- Catolicismo
- Islam
- Hinduista
- Budismo
- Judaísmo
- Otras: \_\_\_\_\_

**Lugar de trabajo:**

- Atención Primaria
- Atención Hospitalaria
- Atención Extrahospitalaria
- Servicios sociosanitarios
- Otros: \_\_\_\_\_

**¿Ha realizado formación postgrado? ¿De qué tipo?**

- Máster
- Especialidad
- Doctorado
- Otra: \_\_\_\_\_

**¿Conocías la diferencia entre mujer/hombre cis y mujer/hombre trans?**

- Sí
- No

**¿Podrías explicar la diferencia entre sexo y género?**

- Sí
- No
- NS/NC

**Elija de las siguientes opciones la afirmación “trans” que más se corresponda con la que usted conoce:**

- Ser una persona trans es sinónimo de ser una persona travesti.
- Las personas trans son las que se someten a una intervención quirúrgica para modificar sus genitales a los del género con el que se identifican.
- Para las personas trans, su identidad de género no se corresponde con la esperada con el sexo asignado al nacer.
- El término trans hace referencia a la gran diversidad de expresiones e identidades tanto binarias como no binarias (travestis, transgénero, transexuales, género fluido, intergénero, genderqueer, etc).
- NS/NC

**¿Has recibido formación sobre diversidad de género?**

- Asistencia a charlas
- Asistencia a congresos
- Asistencia a cursos
- Formación postgrado: másteres de género, sexología, etc.

- Ninguna.
- Otra: \_\_\_\_\_

**¿Has atendido alguna vez a una persona trans?**

- Sí
- No
- NS/NC

**En caso de haber contestado a la respuesta anterior con una afirmación, ¿crees haber tenido los conocimientos suficientes para atenderle?**

- Sí
- No. Especifique el porqué: \_\_\_\_\_
- NS/NC

**¿Conoces si existe algún protocolo en tu lugar de trabajo o en la Comunidad de Madrid para atender a las personas trans?**

- Sí
- No
- NS/NC

**¿Consideras importante que las enfermeras reciban formación acerca de cuidados inclusivos, más concretamente, hacia personas trans?**

- Sí
- No
- NS/NC

**Si tu respuesta anterior ha sido afirmativa, ¿qué tipo de formación crees que deberías recibir?**

- Uso del lenguaje inclusivo
- Espacios de cuidados seguro
- Sensibilización y prevención de la transfobia
- Conocimiento acerca de los recursos educativos y sociales a los que derivar a las personas trans para la continuidad de cuidados.
- Otros: \_\_\_\_\_

**¿Has encontrado alguna dificultad/ limitación a la hora de atender a una persona trans?**

- Sí
- No
- NS/NC

**Si la respuesta anterior es afirmativa, ¿de qué tipo?**

- Dificultad para llamarle por el nombre que nos ha pedido en lugar del nombre que figura en su historia clínica.
- Desconocimiento o inseguridad a la hora de tratar a personas trans.
- Miedo a no saber actuar de un modo adecuado.
- Miedo a la ofensa.
- NS/NC
- Otras: \_\_\_\_\_

**¿Crees que las personas trans sufren discriminación por parte del personal sanitario?**

- Sí  
 No  
 Tal vez  
 NS/NC

**Para finalizar, responda por favor a la siguiente escala:**

Se valorará con un 1 totalmente en desacuerdo y con un 5 totalmente de acuerdo

Está bien que las personas trans puedan adoptar niños	1	2	3	4	5
Las personas trans no deberían poder enseñar en las escuelas	1	2	3	4	5
El sexo con una persona trans no es natural	1	2	3	4	5
Las personas trans son una amenaza para la familia y la sociedad	1	2	3	4	5
Las personas trans tienden a ser sexualmente promiscuas	1	2	3	4	5
Sería chocante ver a una persona trans dando un beso	1	2	3	4	5
Me molestaría que un hijo mío sea travesti	1	2	3	4	5
Las personas trans son más propensas que el resto de la sociedad a contraer una enfermedad sexual	1	2	3	4	5
Las personas trans deberían ser confinadas en un establecimiento que trate específicamente su patología	1	2	3	4	5
Las personas trans deberían tener prohibida la entrada a las iglesias	1	2	3	4	5
Las leyes deberían ser más duras con las personas travestis y transexuales	1	2	3	4	5
Me niego a llamar a una persona trans por el nombre que utiliza porque no se corresponde con el sexo con el que nació.	1	2	3	4	5



**ESTUDIOS ORIGINALES**

# Ansiedad en enfermeras en la pandemia COVID-19. Evolución y variables sociolaborales y psicosociales implicadas

## Anxiety in nurses in the COVID-19 pandemic. Evolution and sociolaboral and psychosocial variables involved

Fernanda Gil Almagro<sup>1</sup>, Fernando José García Hedrera<sup>2</sup>, Francisco Javier Carmona Monge<sup>3</sup>, Cecilia Peñacoba Puentes<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Enfermera UCI. Doctoranda en CC. de la Salud de tercer año en la URJC rama Psicología. Máster en Urgencias, Emergencias y Críticos; Máster en Educación Secundaria, Experto en Urgencias Extrahospitalaria. Instructora SVB y SVA Hospital Universitario Fundación Alcorcón (Madrid).

<sup>2</sup> Enfermero UCI. Máster Oficial en Salud Pública y Epidemiología. Doctorado en CC de la Salud (URJC). Hospital Universitario Fundación Alcorcón (Madrid).

<sup>3</sup> Psicólogo. Enfermero. Anestésista. Doctorado en CC de la Salud por la URJC. Máster en Cuidados Críticos. Hospital Universitario Santiago de Compostela.

<sup>4</sup> Catedrática en la Facultad de CC de la Salud de la URJC. Doctora en Psicología por la UAM. Investigadora principal del Grupo PERSANA. Universidad Rey Juan Carlos (Madrid).

**VIII Premios de Investigación CODEM 2024. Quinto premio.**

DOI: <https://doi.org/10.60108/ce.323>

**Cómo citar este artículo:** Gil Almagro, F. y otros, Ansiedad en enfermeras en la pandemia COVID-19. Evolución y variables sociolaborales y psicosociales implicadas. *Conocimiento Enfermero* 27 (2025): 41-58.

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

### RESUMEN

**Introducción.** Aunque la investigación previa señala la prevalencia de ansiedad durante la pandemia COVID-19 entre los profesionales sanitarios, los estudios longitudinales sobre la ansiedad postpandémica y las variables implicadas son menos abundantes.

**Objetivo.** Examinar la evolución de la ansiedad en enfermeras españolas desde el inicio de la pandemia hasta año y medio después, analizando la influencia de variables sociolaborales y psicosociales.

**Metodología.** Diseño longitudinal prospectivo con tres períodos de recolección de datos en los que se evaluó la ansiedad generalizada (GAD-7), además de variables sociolaborales y psicoemocionales (i.e. apoyo social, autoeficacia y resiliencia) en enfermeras en contacto directo con pacientes COVID-19.

**Resultados.** Existe una alta prevalencia de ansiedad, con una clara disminución a lo largo de los períodos estudiados ( $F=34,837$ ,  $p<.001$ ). Se observa una asociación entre la ansiedad y ciertas variables sociodemográficas y laborales (i.e. años de experiencia,  $p=.037$ ; sintomatología COVID-19,  $p=.039$ ; disponibilidad de EPI,  $p=.011$ ; carga de trabajo,  $p<.001$ ; preocupación contagio familiar,  $p=.009$ ). La ansiedad mantiene relaciones negativas con el apoyo social ( $p<.001$ ), la autoeficacia ( $p<.001$ ) y la resiliencia ( $p=.011$ ). Se observan efectos de interacción entre la evolución de la ansiedad y el apoyo social de los amigos ( $F=5.794$ ,  $p=.004$ ).

**Discusión.** El apoyo social, la autoeficacia y la resiliencia actúan como amortiguadores de la ansiedad. El apoyo social de los amigos influye en la evolución de la misma.

**Conclusión.** Los hallazgos enfatizan la necesidad de implementar intervenciones específicas para promover el bienestar mental de los profesionales de la salud, particularmente en contextos de crisis como la pandemia COVID-19.

**Palabras clave:** pandemia COVID-19; ansiedad; resiliencia psicológica; apoyo social; autoeficacia.

## ABSTRACT

**Introduction.** Although previous research points to the prevalence of anxiety during the COVID-19 pandemic among healthcare professionals, longitudinal studies on post-pandemic anxiety and the variables involved are less abundant.

**Objective.** To examine the evolution of anxiety in Spanish nurses from the beginning of the pandemic until one and a half years later, analyzing the influence of sociolaboral and psychosocial variables.

**Methodology.** Prospective longitudinal design with three periods of data collection in which generalized anxiety (GAD-7) was evaluated, as well as sociolaboral and psychoemotional variables (i.e. social support, self-efficacy and resilience) in nurses in direct contact with COVID-19 patients.

**Results.** There is a high prevalence of anxiety, with a clear decrease throughout the periods studied ( $F=34.837$ ,  $p<.001$ ). An association is observed between anxiety and certain sociodemographic and occupational variables (i.e. years of experience,  $p=.037$ ; COVID-19 symptomatology,  $p=.039$ ; availability of PPE,  $p=.011$ ; workload,  $p<.001$ ; family contagiousness concern,  $p=.009$ ). Anxiety maintains negative relationships with social support ( $p<.001$ ), self-efficacy ( $p<.001$ ) and resilience ( $p=.011$ ). Interaction effects are observed between the evolution of anxiety and friends' social support ( $F=5.794$ ,  $p=.004$ ).

**Discussion.** Social support, self-efficacy and resilience act as buffers of anxiety. Friends' social support influences the evolution of it.

**Conclusion.** The findings emphasize the need to implement specific interventions to promote the mental well-being of health professionals, particularly in crisis contexts such as the COVID-19 pandemic.

**Keywords:** COVID-19 pandemic; anxiety; psychological resilience; social support; self-efficacy.

## 1. Introducción

Una de las consecuencias más estudiadas, a nivel emocional, durante la pandemia COVID-19, en los profesionales sanitarios (PSs), ha sido la presencia de desórdenes de ansiedad, y en particular la prevalencia de ansiedad generalizada (Generalized Anxiety Disorder; GAD). El instrumento empleado para su medida ha sido el GAD-7, o en menor medida, su versión reducida, el GAD-2. Una revisión [1], a través de 19 artículos, analiza la prevalencia de GAD entre los PSs durante la pandemia COVID-19 desde inicios del mes de enero a finales del mes de junio de 2020. En concreto, a través del GAD-7, la revisión pone de manifiesto una prevalencia de ansiedad del 32.04%. Estos datos revelan unos preocupantes porcentajes de ansiedad generalizada en los trabajadores sanitarios, incluyendo estudios llevados a cabo en China ( $n=11$ ), Corea del Sur ( $n=1$ ), Estados Unidos ( $n=2$ ), Jordania ( $n=1$ ), Ecuador ( $n=1$ ), India ( $n=1$ ), Arabia Saudí ( $n=1$ ) y Tailandia ( $n=1$ ).

La mayoría de las investigaciones que se encuentran al respecto han sido llevadas a cabo en los meses de inicio de la pandemia, con la variabilidad propia de cada país estudiado, abarcando hasta el verano de 2020. Los datos recogidos

a nivel mundial, incluyendo una gran variabilidad de países, señalan porcentajes de ansiedad moderada-severa que oscilan entre el 20% y el 60% [2-8]. Estas elevadas cifras de ansiedad en los PSs se han venido manteniendo igualmente hasta la finalización del año 2020 [9-12].

Aunque este tipo de estudios se han llevado a cabo en numerosos países, no cabe duda de que China ha sido uno de los contextos más estudiados, tal vez debido a su papel en el origen de la pandemia, observándose los porcentajes de ansiedad más elevados en población sanitaria. Así, a mitad del año 2021 se establecía en China una prevalencia de ansiedad entre el 45% y el 60% [13] en PSs, considerablemente más elevada que en la población general [14]. Tal vez por ello, en los PSs en China, se ha seguido investigando sobre la prevalencia de ansiedad en un periodo temporal más alejado del inicio de la pandemia COVID-19, coincidiendo con nuevos escenarios de variantes de infecciones de COVID-19 y de nuevos brotes de hospitalizaciones (i.e. entre enero y febrero de 2023), observándose porcentajes cercanos al 50% [15].

Sin embargo, en otros países, tal y como señalan algunos autores [13], son menos frecuentes los estudios que analizan la prevalencia de ansiedad a medio y largo plazo, meses o años

después de la etapa más crítica de la pandemia, en lo que se ha venido a denominar *the post-pandemic era of COVID-19*. Estos estudios resultan fundamentales para entender el impacto real y las variables implicadas en la cronificación de la ansiedad, una vez que la etapa de estrés agudo ha concluido. Así, especialmente relevantes en el contexto que nos ocupa, para conocer la evolución real, son los estudios longitudinales. Bajo nuestro conocimiento, se han llevado a cabo diferentes investigaciones de esta naturaleza en profesionales sanitarios. Un estudio llevado a cabo en PSs de quirófano en Wuhan (China), con el empleo del GAD-7, señala una prevalencia de ansiedad del 43.1% durante el confinamiento y un 16% después del mismo [16]. Una investigación llevada a cabo en Estados Unidos señala una disminución de la ansiedad generalizada del 46.3% al 23.2% [17]. Otro estudio llevado a cabo en PSs canadienses pone de manifiesto que durante y después de la primera ola de la pandemia COVID-19, la prevalencia de ansiedad disminuyó del 27% al 7% [18]. Finalmente, otro de los estudios longitudinales se ha llevado a cabo en España. En este caso se valora a los PSs en dos momentos temporales (del 5 de mayo al 7 de septiembre de 2020, y entre octubre y diciembre de 2020). Los resultados señalan que la prevalencia de desórdenes emocionales durante la segunda ola de la pandemia COVID-19 es similar a la experimentada durante la primera ola [19], con porcentajes de ansiedad generalizada en ambos momentos temporales del 25%.

Los estudios dirigidos al análisis de la influencia de las variables sociodemográficas y laborales sobre la ansiedad experimentada durante la pandemia COVID-19 en PSs señalan como factores de riesgo el miedo a trabajar con pacientes infectocontagiosos, la sobrecarga laboral, la escasez de equipos de protección individual (EPI) o el desarrollo de la actividad asistencial en unidades de elevada complejidad, entre otros [20,21], observándose una mayor prevalencia de ansiedad en enfermeras que en médicos [22]. Algunos estudios que analizan la evolución de la ansiedad, con el empleo del GAD-7, en relación con las diferentes variables sociodemográficas, señalan que el número de días de

trabajo no parece estar relacionado con la persistencia de la ansiedad (pero sí con la persistencia de la depresión) a lo largo de los dos momentos temporales analizados (del 12 de agosto al 25 de octubre de 2020 y 16 de junio al 27 de julio de 2021) en PSs estadounidenses [17]. Otros estudios que analizan la evolución de la ansiedad en los PSs con instrumentos diferentes al GAD-7, afirman que la ansiedad se mantiene elevada en aquellos profesionales que sufren miedo al contagio de la COVID-19, poniendo de manifiesto que la incertidumbre sobre el contagio es un factor que interactúa y provoca niveles de ansiedad mantenidos en el tiempo entre los trabajadores de la salud, en este caso en Argentina [23].

Por otro lado, se ha estudiado la influencia que las diferentes variables psicosociales o de personalidad han tenido en la evolución de la ansiedad en los PSs. Un estudio en PSs en Australia que valora la ansiedad en dos momentos temporales (entre marzo/abril de 2021 y septiembre/octubre de 2021) informa de un mayor porcentaje de ansiedad moderada en el segundo momento temporal, asociado a niveles bajos de resiliencia [24]. La mayoría de las investigaciones, señalan, disminuciones de la ansiedad en PSs entre el año 2020 y el año 2021, afirmando que los niveles elevados de resiliencia, el apoyo social y familiar, los hobbies y un buen estilo de vida son claros amortiguadores para la ansiedad [25].

En este contexto, parece de especial **relevancia** llevar a cabo estudios prospectivos a medio y a largo plazo que nos permitan conocer la evolución y detectar la posible cronificación de trastornos emocionales como la ansiedad, una vez concluida la fase más intensa y compleja de la pandemia COVID-19. Sólo este tipo de aproximaciones nos permitirán, de manera adicional detectar variables de riesgo y protectoras para diseñar programas de prevención y de promoción de la salud, con colectivos especialmente vulnerables, como es el caso de los profesionales sanitarios, y en particular, la enfermería. En definitiva, es necesario plantearse como **pregunta de investigación** cómo ha sido la evolución de la ansiedad en este colectivo, desde el inicio de la pandemia COVID-19 hasta año y

medio después y las variables sociolaborales y psicosociales especialmente relevantes.

Con el **objetivo** de cubrir esta necesidad, la presente investigación analiza la evolución de la ansiedad, a través del GAD-7, en una muestra de enfermeras españolas que en la primera etapa de la pandemia estuvo en contacto directo con pacientes COVID-19. A diferencia de los estudios precedentes, incluye una tercera medida adicional a largo plazo, un año y medio después del terminado el confinamiento en la etapa más crítica de la pandemia. Además, se focaliza de forma específica en el personal de enfermería, por ser este uno de los colectivos de mayor riesgo en lo que se refiere a los desórdenes emocionales a lo largo de la pandemia COVID-19 [26,27].

Como objetivos adicionales, el presente estudio se plantea analizar la posible asociación de la ansiedad y de su evolución con variables sociodemográficas y laborales, y con variables de personalidad.

## 2. Método

### 2.1. Diseño

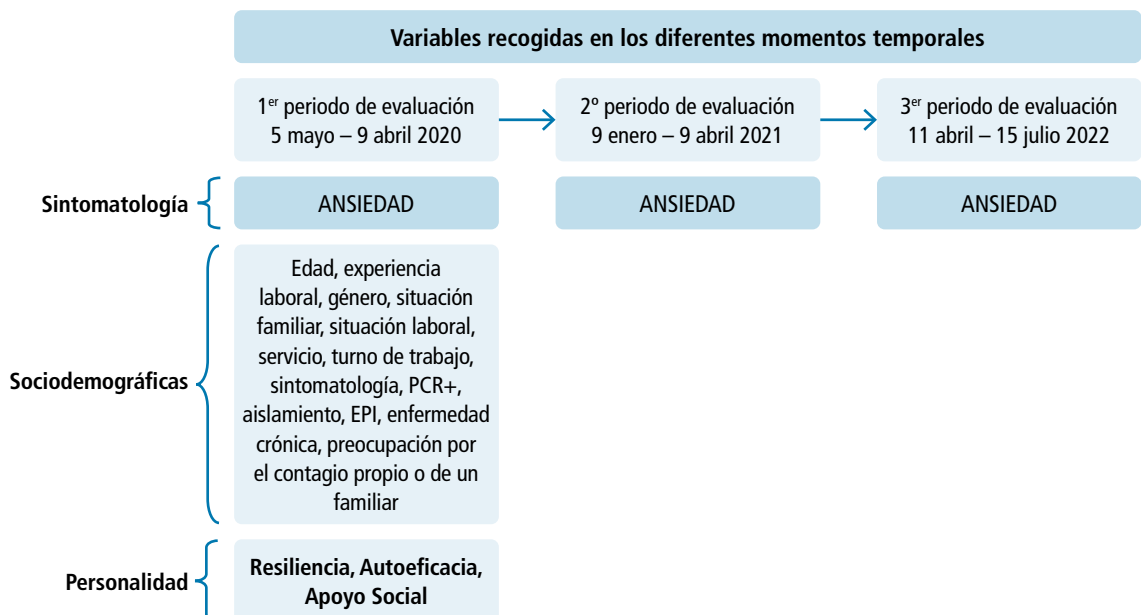
Se llevó a cabo un estudio longitudinal prospectivo con tres periodos de recolección de da-

tos: 1) entre el 1 y el 21 de junio de 2020 (fase final del estado de alarma declarado en España el 14 de marzo), 2) seis meses después de la finalización del estado de alarma (enero-marzo de 2021), y 3) un año después de esta segunda evaluación (abril-julio 2022). Durante el primer periodo de recolección de datos, España se encontraba en un estado de alarma que conlleva una fase de confinamiento. El estado de alarma se prolongó hasta el 21 de junio de 2020. Durante el segundo periodo de recolección de datos, la situación todavía era complicada siendo el número de casos confirmados 3.347.512 y 76.328 fallecidos a fecha de 9 de abril de 2021. El tercer periodo de recolección de datos finalizó con 12.973.615 casos confirmados de COVID-19 y con 108.730 fallecidos. Durante los tres periodos temporales se evaluó la ansiedad generalizada de los participantes, para conocer su evolución.

Conjuntamente, se procedió a la evaluación de distintas variables sociodemográficas y laborales, además de variables relacionadas con la personalidad durante el primer momento temporal (ver apartado de Instrumentos para una información más detallada).

En la Figura 1 se muestran los momentos de evaluación y las variables implicadas en la investigación.

**FIGURA 1.** Periodos de evaluación y variables evaluadas.



## 2.2. Procedimiento y participantes

La recolección de datos se llevó a cabo mediante cuestionario electrónico online diseñado a tal efecto por el equipo investigador. Al inicio de dicho cuestionario se expuso el objetivo principal del estudio y se pidió consentimiento informado a todos los participantes, así como, de forma explícita, el empleo del e-mail para el contacto en las sucesivas fases de evaluación.

La muestra estaba compuesta por enfermeras de diferentes servicios del Sistema Nacional de Salud español. Se realizó un muestreo probabilístico por conveniencia teniendo en cuenta los siguientes criterios de inclusión: pertenecer a la categoría enfermera; desarrollar su actividad asistencial dentro de los diferentes servicios del Sistema Nacional de Salud (tanto público como privado); tener una edad mayor o igual a 18 años y haber estado en contacto directo con pacientes COVID-19. Como criterio de exclusión se incluyó el haber desarrollado la actividad asistencial en diferentes servicios durante el periodo de recolección de datos. Se tomó como referencia una *n* mínima de 120, establecida para estudios prospectivos [28]. Teniendo en cuenta la habitual pérdida muestral derivada de la naturaleza longitudinal del estudio y añadiendo las complicadas circunstancias de la pandemia COVID-19 [29,30], se estableció un tamaño muestral mínimo para el primer momento temporal de 400 participantes, obteniendo una muestra final de 432. De ellas, en el segundo momento temporal, continuaron participando 286 enfermeras, de las cuales, a su vez, 141 mantuvieron su participación en el tercer momento de evaluación, constituyendo la muestra final del estudio (*n*=141 enfermeras).

Para obtener la muestra se envió el enlace con el cuestionario a enfermeras pertenecientes al sistema de salud de España tanto público como privado, distribuyendo el cuestionario a través de redes sociales (Facebook, LinkedIn, twitter and WhatsApp), además de, a través de los mails corporativos de los diferentes servicios públicos y privados del Sistema Nacional de Salud. Para la difusión del cuestionario durante el segundo y tercer momento temporal, se utilizaron los mails de aquellas enfermeras que ha-

bían participado en la primera evaluación, solicitando nuevamente su participación en las siguientes fases del estudio.

## 2.3. Variables e instrumentos

### 2.3.1. Ansiedad Generalizada [momento temporal 1, 2 y 3]

La presencia de síntomas de trastorno de ansiedad generalizada se evaluó mediante la Escala de Trastorno de Ansiedad Generalizada (GAD-7) [31] en su versión española [32]. La escala consta de 7 ítems en un formato de respuesta tipo Likert de 4 puntos desde 0 (nada) a 3 (casi todos los días), con un rango teórico de 0 a 21. Pueden establecerse cuatro grupos de gravedad [31]: sin ansiedad/mínima (0-4), leve (5-9), moderada (10-14) o ansiedad grave (15-21). En nuestra muestra, se observa una excelente consistencia interna para los tres momentos temporales: primer momento ( $\alpha=.93$ ), segundo momento ( $\alpha=.93$ ), tercer momento ( $\alpha=.94$ )

### 2.3.2. Variables sociodemográficas y ocupacionales [momento temporal 1]

Para recoger estos datos se utilizó un cuestionario ad hoc elaborado por el equipo de investigación. Concretamente, se evaluaron datos sociodemográficos (edad, género, situación personal) y datos laborales (servicio en el que desarrolla su actividad, experiencia laboral en años, turno de trabajo (fijo, rotatorio o de más de 10 horas), disponibilidad de EPI, sobrecarga de trabajo (igual a la habitual, superior a la habitual) y datos generales de salud (padecer enfermedad crónica, si/no) y en relación al COVID-19 [síntomatología COVID-19, tener una PCR+ (si/no), haber estado aislado (si/no)]. Respecto a la sintomatología COVID-19 se elaboró y administró un cuestionario ad-hoc de 13 ítems con un formato de respuesta (si/no) que incluía los principales síntomas del COVID-19 (fiebre, escalofríos, dolor de cabeza, tos, mialgias, dificultad respiratoria, mareos, rinitis, dolor de garganta, dolor de pecho, anosmia, ageusia, manifestaciones cutáneas), con un rango teórico de 0 a 13.

Para la medida de las preocupaciones por el COVID-19, se diseñaron dos preguntas ad-hoc que permitían la evaluación de la preocupación por el contagio propio, por un lado, y la preocupación por el contagio de un familiar por otro. Ambos ítems presentaban un formato de respuesta tipo Likert de 4 puntos (desde 1 “nada preocupado” a 4 “muy preocupado”).

### 2.3.3. Variables de personalidad [momento temporal 1]

- **Apoyo social:** El apoyo social se midió a través del instrumento The Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) [33] en su versión española [34]. Consta de 12 ítems distribuidos en tres dimensiones: familia, amigos y otros significativos (4 ítems por dimensión) en una escala de respuesta tipo Likert de 7 puntos desde 1= completamente en desacuerdo a 7=completamente de acuerdo. Se obtiene una puntuación general de apoyo social sumando las tres subescalas. El instrumento ha mostrado en diferentes estudios buenas propiedades psicométricas [35,36]. El alfa de Cronbach para el apoyo social total en nuestro estudio fue de .85. Sus tres dimensiones también mostraron una elevada consistencia interna: apoyo social familia (.81), apoyo social amigos (.82) y apoyo social de otros significativos (.79).
- **Autoeficacia:** Se valoró a través del instrumento The General Self-Efficacy Scale (GSES) [37] en su versión española [38]. Este instrumento está compuesto por 10 ítems en una escala tipo Likert de 4 puntos que oscilan desde 1 “completamente en desacuerdo”, a 4 “completamente de acuerdo”. El rango de puntuación total oscila entre 10 y 40. En nuestro estudio este instrumento mostró una excelente consistencia interna ( $\alpha=.91$ ).
- **Resiliencia:** Se procedió a la administración del Cuestionario de Resiliencia (RS-14) en su versión española [39]. El RS-14 consta de 14 ítems con un formato de respuesta tipo Likert de 7 puntos, desde 1 (totalmen-

te en desacuerdo) a 7 (totalmente de acuerdo), con una puntuación total de la escala que oscila entre 14 y 98, indicando mayores puntuaciones, una mayor resiliencia. El alfa de Cronbach en nuestro estudio fue de .94.

### 2.4. Análisis de los datos

Se realizaron análisis descriptivos y alfa de Cronbach. Las variables cualitativas se describieron con frecuencias (n) y porcentajes (%) y las cuantitativas con media (M) y desviación estándar (DE). Para analizar la asociación bivariada entre variables (análisis de posibles covariables), se utilizó la prueba t de Student, el análisis de varianza de un factor (ANOVA) y la correlación de Pearson, en función de la naturaleza de las variables analizadas. En este estudio se utilizaron análisis de regresión lineal múltiple. Concretamente, se realizaron dos análisis de regresión. El primer análisis tenía como objetivo la predicción de la ansiedad en el segundo momento temporal, incluyendo tanto las variables sociodemográficas, laborales y de salud con relaciones estadísticamente significativas con la ansiedad (en el segundo momento temporal), como aquellas variables psicológicas, igualmente significativas, evaluadas en el momento basal. En el segundo análisis de regresión, para la predicción de la ansiedad evaluada en el tercer momento temporal, se incluyeron tanto variables sociodemográficas, laborales y de salud con relaciones estadísticamente significativas con la ansiedad (en el tercer momento temporal), como aquellas variables psicológicas, igualmente significativas, evaluadas en el momento basal. El análisis estadístico se realizó con el paquete estadístico para las ciencias sociales (Statistical Package for the Social Sciences; SPSS), en su versión 21 para Windows. Los resultados se consideraron estadísticamente significativos para valores de  $p<0.05$ .

## 3. Resultados

### a) Características de la muestra (ver Tabla 1)

En la Tabla 1 se puede observar las características sociodemográficas y laborales de las par-



**TABLA 1.** Relación de la ansiedad evaluada en los tres momentos temporales con las variables sociodemográficas, ocupacionales y de salud.

	EVALUACIÓN DE LA ANSIEDAD												
	Momento temporal 1				Momento temporal 2				Momento temporal 3				
	f (%)	Media (DE)	Media (DE)	R2	valor p	Media (DE)	Media (DE)	R2	valor p	Media (DE)	Media (DE)	R2	valor p
<b>Edad</b>		41.52 (9.50)	10.85 (9.15)	-0,117	.169			-0,072	.399			-0,048	.570
<b>Experiencia</b>				-0,175	.037			-0,166	.049			-0,106	.210
<b>Género</b>	Hombre		10.29 (6.30)		.450	8,11 (5,74)			.393	8,29 (6,04)			.985
	Mujer	124 (87.9)	11.44 (5.77)			9,25 (5,42)				7,86 (4,79)			
<b>Situación familiar</b>	Sin pareja	42 (29.8)	10.42 (5.70)		.247	8,78 (4,85)			.637	7,54 (4,86)			.567
	Con pareja	99 (70.2)	11.67 (5.87)			9,26 (5,70)				8,07 (4,98)			
	Fijo	71 (50.4)	10.46 (5.87)			8,67 (5,34)				7,60 (4,54)			
<b>Situación laboral</b>	Mujer	40 (28.4)	12.20 (5.44)		.228	9,12 (5,30)			.458	8,25 (4,98)			.757
	Eventual	30 (21.3)	12.10 (6.14)			10,16 (5,93)				8,20 (5,54)			
	UCI	61 (43.3)	11.60 (5.43)			9,19 (4,81)				7,70 (5,28)			
<b>Servicio</b>	Hospitalización	42 (29.8)	10.11 (6.07)		.372	8,78 (6,08)			.097	7,69 (4,42)			.336
	Urgencias	24 (17)	11.62 (6.30)			7,70 (5,45)				7,50 (4,37)			
	AP	14 (9.9)	13.00 (5.93)			12,21 (5,43)				10,21 (5,65)			
	Turnos (M,I,N)	71 (50.4)	11.58 (5.39)			9,31 (5,27)				8,86 (5,44)			
<b>Turno trabajo</b>	Rotatorio	40 (28.4)	11.68 (6.14)		.532	9,66 (5,68)			.296	8,13 (5,10)			.207
	> 10 horas	30 (21.3)	10.42 (5.60)			8,00 (5,09)				6,82 (4,10)			
<b>Carga trabajo</b>	Igual	16 (11.3)	6.00 (5.47)		<.001	5,87 (4,74)			.011	4,68 (3,55)			.005
	Mayor	125 (88.7)	11.98 (5.54)			9,53 (5,41)				8,32 (4,94)			
<b>Sintomatología</b>			3.46 (2.53)	.181	.032			.152	.073			.279	.001
<b>PCR+</b>	Sí	51 (36.2)	12.33 (5.89)		.115	10,39 (4,91)			.037	9,11 (5,66)			.029
	No	90 (63.8)	10.72 (5.74)			8,40 (5,63)				7,23 (4,36)			
<b>Aislamiento</b>	Sí	28 (19.9)	11.35 (6.32)		.958	7,92 (6,14)			.198	8,71 (4,75)			.341
	No	113 (80.1)	11.29 (5.73)			9,41 (5,25)				7,71 (4,98)			
<b>EPI</b>	Sí	54 (38.3)	9.72 (5.12)		.011	8,40 (4,22)			.222	6,96 (4,38)			.71
	No	87 (61.7)	12.28 (6.05)			9,56 (6,07)				8,50 (5,19)			
<b>Enfermedad crónica</b>	Sí	37 (26.2)	12.29 (6.14)		.230	9,83 (6,13)			.353	8,51 (5,82)			.393
	No	104 (73.8)	10.95 (5.70)			8,86 (5,19)				7,70 (4,59)			
<b>Preocupación contagio</b>	Propio		2.79 (91)	.130	.126			.109	.198			.087	.307
	Familiar		3.61 (.81)	.221	.009			.144	.089			.103	.226

participantes. La muestra estuvo compuesta por 141 enfermeras con una edad media de 41.52 años (DE= 9.50) y un rango de edad comprendido entre 21 y 62. La mayoría de la muestra estuvo compuesta por mujeres (n=124, 87.9%) y en su mayoría estaban casadas o con pareja estable (n=90, 70.2%). En cuanto a la distribución por servicio la muestra se concentró especialmente en UCI (n=61, 43.3%) y hospitalización (n=42, 29.8%). Las participantes tenían una media de años de experiencia de 10.85 (DE=9.15; rango 0-35). Al analizar los turnos de trabajo, la mitad de la muestra eran fijas (n=71, 50.4%) seguido de interinas (n=40, 28.4%) y eventuales (n=30, 21.3%). La mayoría de las enfermeras que participaron en el estudio refieren una sobrecarga de trabajo mayor a la habitual (n=125, 88.7%), además de una falta de disponibilidad de EPI (n=87, 61.7%). En el análisis del estado de salud, un elevado porcentaje no padecía enfermedades crónicas (n=125, 73.8%), y sólo 32 enfermeras (22.7%) refirieron PCR +. En cuanto a la sintomatología COVID-19, la media fue de 3.46 (DE=2.53; rango 0 - 11). Del total de la muestra, 54 enfermeras (38.3%) habían estado en aislamiento.

La preocupación por el contagio de un familiar fue más elevada (Media= 2.79, DE= .91; rango 1-4) que la preocupación por el contagio propio (Media= 3.61, DE=.81; rango 1-4).

#### **b) Relación de la ansiedad evaluada en cada uno de los tres momentos temporales con las variables sociodemográficas, laborales y de salud (COVID-19) evaluadas en el primer momento temporal (ver Tabla 1)**

La Tabla 1 muestra las relaciones de la ansiedad evaluada en los tres diferentes momentos temporales respecto a las variables sociodemográficas, laborales y en relación al COVID-19 (estas últimas valoradas en el primer momento temporal). Se observan asociaciones significativas de la ansiedad respecto a los años de experiencia, la sintomatología COVID-19, la PCR+, la disponibilidad de EPIs, la sobrecarga laboral, y la preocupación por el contagio de familiares. Como puede observarse en la Tabla 1, los años de experiencia en la unidad mantienen relaciones negativas con la ansiedad experimen-

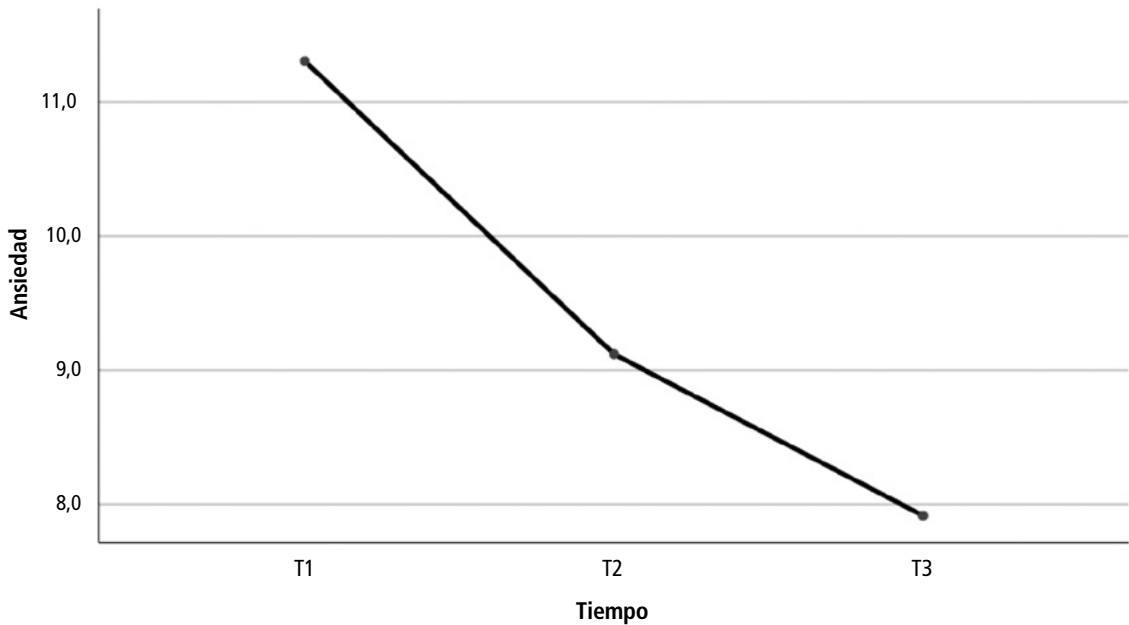
tada en el primer momento temporal ( $p=.037$ ), y con la experimentada en el segundo momento temporal ( $p=.049$ ). Esta relación se diluye cuando se tiene en cuenta la ansiedad experimentada en el tercer momento temporal, donde ya no se observan relaciones significativas ( $p=.210$ ). Respecto a la sintomatología COVID-19 se mantienen relaciones positivas con la ansiedad experimentada en el primer y tercer momento temporal ( $p=.032$ ,  $p=.001$  respectivamente). En cuanto a la PCR+, la relación es significativa con la ansiedad a partir del segundo momento temporal, siendo  $p=.037$  en el segundo momento temporal y  $p=.029$  en el tercer momento temporal. En el primer momento temporal, aquellas enfermeras que no tenían disponibilidad de EPI, mostraban niveles más elevados de ansiedad ( $p=.011$ ), diluyéndose esta diferencia en los siguientes momentos temporales.

La carga de trabajo mayor a la habitual tiene una relación significativa respecto a los niveles de ansiedad, observándose que las enfermeras que referían tener una carga de trabajo mayor a la habitual tenían niveles más elevados de ansiedad generalizada. Esta diferencia continúa siendo significativa en los tres momentos temporales ( $p<.001$ ,  $p=.011$ ,  $p=.005$ ).

La preocupación por el contagio de un familiar tiene una relación positiva significativa con la ansiedad evaluada en el primer momento temporal ( $p=.009$ ), diluyéndose esta relación a lo largo del estudio.

#### **c) Evolución de la ansiedad**

En la Figura 2 se muestra la evolución de la ansiedad a lo largo de los tres momentos temporales. En el primer momento temporal (T1) se observa una puntuación media de 11.30 (DE=5.83), pasando en el segundo momento temporal (T2) a una puntuación media de 9.12 (DE=5.45) y finalmente, en el tercer momento temporal (T3) se observa una puntuación de 7.91 (DE=4.93). La evolución es estadísticamente significativa ( $F=34,837$ ,  $p<.001$ ), y con un valor de eta parcial al cuadrado de .33. Las pruebas post-hoc señalan diferencias significativas en los diferentes momentos temporales: (T1, T2)  $t=5.34$ ,  $p<.001$ ; (T2, T3)  $t=2.75$ ,  $p=.007$ ; (T1, T2)  $t=8.13$ ,  $p<.001$ .

**FIGURA 2.** Evolución de la ansiedad.**TABLA 2.** Descripción de las variables psicosociales y su asociación con la ansiedad evaluada en los tres momentos temporales.

	Media (DE)	Ansiedad					
		Momento temporal 1		Momento temporal 2		Momento temporal 3	
		R2	valor p	R2	valor p	R2	valor p
Apoyo social (Global)	5.77 (1.20)	-.297	<.001	-.164	.051	-.122	.150
Apoyo social (Familia)	5.86 (1.19)	-.184	.029	-.109	.198	-.067	.427
Apoyo social (Amigos)	5.62 (1.46)	-.407	<.001	-.237	.005	-.240	.004
Apoyo social (Otros)	5.83 (1.46)	-.177	.036	-.080	.344	-.006	.940
Autoeficacia	28.97 (3.84)	-.302	<.001	-.284	.001	-.332	<.001
Resiliencia	77.05 (14.81)	-.190	.024	-.243	.004	-.213	.011

#### d) Evolución de la ansiedad en función de las variables psicosociales consideradas: apoyo social, autoeficacia y resiliencia

- *Descriptivos de las variables psicosociales consideradas y su relación con la ansiedad evaluada en los tres momentos temporales:*

Tal y como se refleja en la Tabla 2, se observan relaciones significativas negativas del apoyo social en todas sus dimensiones

con la ansiedad en el primer momento temporal, siendo la fuerza de la asociación mayor en el caso del apoyo social de los amigos ( $R^2 = -.407$ ,  $p < .001$ ). A su vez, la fuerza de las asociaciones con la ansiedad va disminuyendo en los restantes momentos temporales, de modo que en el tercer momento temporal solo resulta estadísticamente significativa la relación de la ansiedad con el apoyo social de los amigos ( $R^2 = -.240$ ,  $p = .004$ ).

Con respecto a la autoeficacia, existe una relación estadísticamente significativa y negativa con la ansiedad evaluada en los tres momentos temporales ( $p < .001$ ). La resiliencia mantiene una relación estadísticamente significativa y negativa con la ansiedad evaluada en los tres momentos temporales, siendo esta relación más acusada con la ansiedad evaluada en el segundo momento temporal ( $R^2 = -.243$ ,  $p = .011$ ).

- *Influencia de las variables psicosociales consideradas en la evolución de la ansiedad a través de los tres momentos temporales considerados.*

Con el empleo de modelos lineales generales, se procedió a valorar la influencia de las variables psicosociales consideradas (como factores inter-sujetos) en la evolución de la ansiedad. Previamente, se transformó cada variable psicosocial en una variable dicotómica (niveles altos y bajos), estableciendo como punto de corte la puntuación media de la variable considerada.

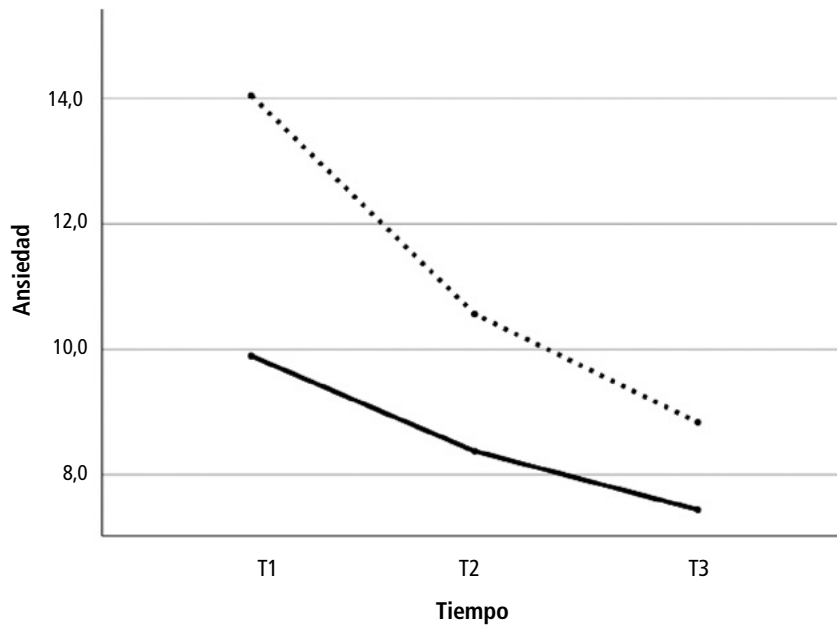
Los resultados de estos análisis, ponen de manifiesto que cuando se analiza la evolución de la ansiedad a lo largo de los 3 momentos temporales en función de las variables psicosociales consideradas (apoyo social en cada una de sus dimensiones, autoeficacia y resiliencia) únicamente se observan interacciones estadísticamente significativas en el caso del apoyo social de los amigos ( $p = .004$ ). Como se puede observar en la Tabla 3 y la Figura 3, las enfermeras con alto apoyo so-

cial de los amigos experimentan menor ansiedad en los tres momentos temporales, siendo igualmente significativa la interacción tiempo\*apoyo social amigos ( $F = 5.794$ ,  $p = .004$ ,  $\eta^2$  cuadrado parcial = .08, lo que indica un tamaño del efecto medio). La Figura 3 muestra que, aunque en los dos grupos (alto y bajo apoyo social amigos) la ansiedad disminuye a lo largo de los tres momentos temporales, las puntuaciones permanecen significativamente más bajas y más estables en el grupo de alto apoyo social amigos. De hecho, la evolución de la ansiedad en este grupo no muestra diferencias estadísticamente significativas entre el segundo y el tercer momento temporal. En el caso de las enfermeras con bajo apoyo social de los amigos, los niveles de ansiedad son más elevados y su disminución se encuentra más influida por el momento temporal (resultando estadísticamente significativa la comparación de todos los momentos temporales y especialmente acusada entre el primer y el segundo momento temporal). Se observan tendencias a la significación en la interacción evolución ansiedad\*apoyo social de la familia ( $p = .090$ ), con una evolución similar en ambos grupos (alto y bajo apoyo) que la observada respecto al apoyo social de los amigos.

No se observan interacciones significativas para el resto de las variables consideradas: apoyo social global ( $p = .402$ ), apoyo social de otros significativos ( $p = .411$ ), autoeficacia ( $p = .691$ ) y resiliencia ( $p = .914$ ).

**TABLA 3.** Evolución de la ansiedad en las enfermeras con bajo y alto apoyo social de los amigos.

	Apoyo social amigos		t	p
	Bajo	Alto		
	Media (DE)	Media (DE)		
	n=48	n=93		
Ansiedad 1º momento temporal (1)	14.04 (5.18)	9.89 (5.66)	4.238	<.001
Ansiedad 2º momento temporal (2)	10.56 (5.30)	8.37 (5.40)	2.290	.024
Ansiedad 3º momento temporal (3)	8.83 (5.18)	7.44 (4.76)	1.595	.113
	F=33.833 p<.002 (1/2; 1/3; 2/3)	F=10.744 p<.002 (1/2; 1/3)		

**FIGURA 3.** Evolución de la ansiedad en los tres momentos de evaluación en función del apoyo social de los amigos.

#### 4. Discusión

La ansiedad es un síntoma muy común en el entorno del personal sanitario, donde las exigencias laborales y la responsabilidad pueden derivar en situaciones de estrés elevadas. Las enfermeras constituyen un grupo especialmente vulnerable debido a su atención asistencial a pie de cama [40]. La carga emocional de cuidar a pacientes enfermos, la exposición a situaciones traumáticas, el miedo a los errores en la medicación y el trabajo por turnos, son algunos de los factores que han provocado altas tasas de ansiedad en las enfermeras [41,42]. La prevalencia de la ansiedad se vio aumentada durante la pandemia COVID-19 por el hecho de trabajar a pie de cama con pacientes infectocontagiosos, el aumento de la carga laboral y el miedo al contagio [20,43]. Sin embargo, a pesar de la abundante investigación llevada a cabo para comprender y abordar la ansiedad en el contexto provocado por la pandemia COVID-19, la mayoría de los estudios se han centrado en su prevalencia en momentos específicos (especialmente en las primeras etapas, las más críticas, de la pandemia), resultando mucho más escasos los estudios que analizan su evolución a lo largo del tiempo [22,44]. El estudio de esta evolución re-

sulta especialmente relevante para entender el impacto emocional a medio y largo plazo de la pandemia COVID-19 en nuestros profesionales sanitarios y las variables de riesgo y protectoras implicadas en su prevención y en su cronificación. La presente investigación parte de esta necesidad planteando como objetivo el análisis de la evolución de la ansiedad sobre el personal de enfermería, además de explorar la posible asociación de la ansiedad y de su evolución con variables sociodemográficas, laborales y de personalidad.

Nuestro estudio revela una disminución significativa de los niveles de ansiedad de las enfermeras a lo largo de los tres momentos temporales, mostrando medias más bajas para síntomas de ansiedad generalizada en el último momento temporal en comparación con el inicio de la pandemia, con diferencias estadísticamente significativas entre cada momento temporal. Estos resultados son coherentes con investigaciones previas que evalúan la evolución de la ansiedad sobre personal sanitario [17].

Respecto a las posibles variables sociodemográficas y laborales implicadas, nuestros hallazgos ponen de manifiesto que la sobrecarga laboral sufrida por la enfermera a lo largo de la pandemia COVID-19 tiene una relación signifi-

cativa directa con la ansiedad a lo largo de los tres momentos temporales, en la línea de investigaciones previas que asocian percepciones de elevada carga de trabajo con niveles altos de ansiedad [45]. La sintomatología COVID-19 también mantiene una relación positiva con la ansiedad, hecho que ha sido señalado en investigaciones previas que señalan incrementos de ansiedad generalizada y de depresión ante diagnósticos de COVID-19, incluyendo la sintomatología asociada, en población general [46,47]. Los hallazgos de nuestro estudio, en enfermeras, indican como resultado novedoso, que la relación entre ansiedad y sintomatología COVID-19 se diluye ligeramente (tendencia a la significación,  $p=0.073$ ) en el segundo momento temporal, retomando su relación estadísticamente significativa ( $p=0.001$ ) en el tercer momento temporal. Ante la ausencia de análisis evolutivos que valoren el impacto de la sintomatología COVID-19 sobre la ansiedad, podría hipotetizarse que la pérdida de relación estadística en el segundo momento temporal puede deberse a la habituación con la sintomatología, a la existencia de vacunas y al mayor conocimiento de la enfermedad. En el tercer momento temporal, se observa nuevamente una relación estadísticamente significativa que podría estar relacionado con que la sintomatología se relacione con el COVID persistente. Se necesita mayor investigación en este sentido.

Nuestros resultados señalan, igualmente, variables adicionales que resultan especialmente relevantes sobre la ansiedad experimentada en los primeros momentos temporales, como por ejemplo la experiencia laboral, que mantiene una relación significativa negativa con la ansiedad. Esta relación significativa se diluye en el tercer momento temporal, probablemente vinculado al aprendizaje y desarrollo de estrategias adaptativas para afrontar la ansiedad. Nuestros resultados respaldan la tendencia observada en investigaciones anteriores que afirman de igual modo una relación entre una menor experiencia laboral y niveles más elevados de ansiedad en enfermeras [20]. Estos hallazgos sugieren que la ansiedad podría ser más prevalente en enfermeras sin experiencia, tal vez, debido a la falta de adaptación al entorno laboral

o a la complejidad de ciertas unidades específicas [48].

La relación entre la no disponibilidad de EPI y la preocupación por el contagio de familiares con respecto a la ansiedad resulta significativa y positiva al inicio del estudio, tal y como han puesto de manifiesto estudios previos [49,50], sin embargo esta relación va disminuyendo en las siguientes etapas de evaluación de la presente investigación, probablemente por el conocimiento de enfermedad, la existencia de la vacuna y la disminución en la incidencia.

Por otro lado, nuestros hallazgos reflejan igualmente la existencia de variables que resultan especialmente relevantes en la ansiedad experimentada en los últimos momentos temporales. Tal es el caso de presentar una PCR+ que mantiene relaciones positivas con la ansiedad en el segundo y tercer momento temporal de evaluación. Ante la ausencia de estudios previos al respecto, podría plantearse que en PSs y en la época de mayor estrés e incertidumbre de la pandemia, la ansiedad estaba asociada a otro tipo de variables como las señaladas en el presente trabajo y no a una PCR+. Sin embargo, este mismo indicador a medio y largo plazo podría relacionarse con la aparición de una nueva enfermedad denominada "COVID persistente" [51], lo que permitiría explicar la asociación entre ambas variables en los últimos momentos temporales de evaluación.

Nuestros resultados muestran que no existen diferencias en cuanto al género o la edad en el análisis de la ansiedad a lo largo de los diferentes momentos temporales. Este hecho contrasta con los resultados obtenidos por investigaciones previas que señalan que las mujeres o las enfermeras más jóvenes muestran niveles más elevados de ansiedad al inicio de la pandemia [52,53]. Esta ausencia de relación significativa en nuestra investigación podría explicarse por el estudio de un colectivo específico de profesionales sanitarios (enfermería), la consideración de numerosas variables sociolaborales que podrían atenuar la influencia del género y la edad, y la escasa representación del género masculino ( $n=17$ ).

En lo que al servicio se refiere, nuestros hallazgos sugieren que los niveles de ansiedad no



parecen relacionarse con la unidad en la que se desarrollan los servicios asistenciales (considerando en este caso unidades de cuidados intensivos (UCI), hospitalización, urgencias y atención primaria). Este resultado parece contradictorio respecto a ciertas investigaciones que han demostrado una asociación entre la naturaleza del entorno laboral y la ansiedad en enfermeras, afirmando, concretamente, que las enfermeras que trabajaban en UCI reportaban niveles más altos de ansiedad en comparación con aquellas que trabajaban en otros servicios hospitalarios [54,55]. Se han encontrado igualmente asociaciones significativas entre trabajar en unidades críticas y niveles elevados de ansiedad en enfermeras [40]. Otros estudios han señalado que el estrés inherente a los entornos de urgencias puede contribuir a niveles más altos de ansiedad en los profesionales de enfermería que trabajan en estas áreas [56]. Estos resultados contrastan con los hallazgos de nuestra investigación y sugieren que la relación entre el entorno laboral y la ansiedad en enfermería parece ser más compleja que una mera relación lineal, y puede variar según el contexto específico y las características individuales de los profesionales, teniendo en cuenta igualmente el momento específico de evaluación.

Respecto al papel de las variables psicosociales, los análisis bivariados (influencia de las variables en cada uno de los momentos temporales de manera independiente) señalan que el apoyo social es una variable protectora de la ansiedad, aunque es necesario atender a su naturaleza multidimensional, dado el papel diferencial de cada dimensión. En este caso, resulta especialmente relevante el apoyo social de los amigos dado que mantiene relaciones significativamente negativas con la ansiedad en los tres momentos temporales [57,58]. Así, atendiendo a esa naturaleza multidimensional, en el primer momento temporal el apoyo social juega un papel protector para la ansiedad atendiendo a todas sus esferas, con mayores tamaños del efecto respecto al apoyo social total y al apoyo social de los amigos. Durante la pandemia ha sido ampliamente estudiado el rol del apoyo social sobre el profesional sanitario desempeñando un papel protector frente a alteraciones psicoemociona-

les derivadas del estrés laboral, como es el caso de la ansiedad [59,60]. Dentro de nuestros resultados, resulta interesante observar como esta relación entre el apoyo social y la ansiedad se va diluyendo a lo largo de las medidas temporales contempladas, siendo únicamente la dimensión de apoyo social de los amigos la que mantiene una relación inversamente significativa con la ansiedad a lo largo de todos los momentos temporales de la investigación. Diferentes autores señalan la importancia del apoyo social derivado de los amigos en el tránsito de situaciones estresantes definiéndolo como un claro amortiguador de la ansiedad [57]. Un dato muy novedoso de nuestro estudio es que dada la naturaleza longitudinal y en ausencia de estudios previos que evalúen evolución de la ansiedad con respecto a variables psicoemocionales, podemos afirmar que el apoyo social de los amigos tiene un efecto de interacción en la evolución de la ansiedad, de modo que la ansiedad es más baja en el grupo de alto apoyo social, y se mantiene más estable en los diferentes momentos temporales.

Respecto al efecto de la autoeficacia sobre la ansiedad, nuestros resultados señalan que se comporta como un rasgo protector mantenido en el tiempo y que interviene como un claro amortiguador de la ansiedad en los profesionales sanitarios ante situaciones de estrés laboral elevado. Investigaciones previas han analizado el papel de la autoeficacia sobre las enfermeras, corroborando de igual modo el papel protector que juega la autoeficacia sobre el personal sanitario, no solo en la disminución de la sintomatología emocional sino incluso en el desarrollo de fortalezas ante el paso de situaciones laborales estresantes [61].

La resiliencia también ha sido un rasgo muy estudiado sobre el personal sanitario a lo largo de la pandemia [49,62]. Nuestros resultados ponen de manifiesto que la resiliencia se relaciona negativamente con la ansiedad en los tres momentos temporales, de manera que aquellas enfermeras que mostraban niveles más elevados de resiliencia son las que mantenían puntuaciones más bajas de ansiedad. Estos resultados son coherentes con las investigaciones previas llevadas a cabo a lo largo de la pandemia sobre PSs, que reflexionan sobre la relevancia de capacitar

a las enfermeras en resiliencia para un afrontamiento más adaptativo y con menor sufrimiento en las situaciones de estrés laboral [49,62].

Finalmente es necesario señalar algunas de las limitaciones de nuestra investigación. Entre ellas, podemos destacar el muestreo no probabilístico por conveniencia, lo que limita la generalización de los resultados. Además, la baja participación del género masculino puede conllevar a un sesgo en cuanto a los análisis de género, aunque esta baja representación se corresponde con la realidad de la profesión. Por otro lado, hubiera resultado de interés contar con evaluaciones previas (basales) antes de la pandemia de la ansiedad de las participantes.

## 5. Conclusión

Frente a la abundancia de estudios transversales que documentan la ansiedad en el personal sanitario, hay una escasez notable de investigaciones longitudinales que examinen su evolución a lo largo del tiempo. Estos estudios son esenciales para comprender la dinámica de la ansiedad, identificar factores de riesgo y de protección, y desarrollar intervenciones eficaces [63]. Sin esta comprensión longitudinal, es difícil determinar si las intervenciones actuales son efectivas o si se necesitan nuevos enfoques para abordar adecuadamente la ansiedad en el personal sanitario. El presente trabajo, además de identificar factores de riesgo laborales previamente documentados en investigaciones previas, señala el papel protector de la resiliencia, la autoeficacia y especialmente del apoyo social (de los amigos), en este último caso, en la propia evolución de la ansiedad.

La ansiedad en las enfermeras no solo afecta su propio bienestar, sino que también pue-

de tener consecuencias negativas en la calidad de la atención que brindan a los pacientes. La fatiga, el agotamiento y la falta de concentración asociados con la ansiedad pueden influir en la toma de decisiones clínicas y en la capacidad para proporcionar un cuidado seguro y efectivo [64]. Por lo tanto, abordar la ansiedad en las enfermeras no solo es importante para su propio bienestar, sino también para la calidad global de la atención médica.

## Consideraciones éticas:

Este estudio obtuvo la aprobación del Comité de Ética con Referencia 20/88, siendo a su vez ratificado por la Comisión Central de Investigación (Ref: 28/20) para poder difundir el cuestionario en los profesionales de enfermería de Atención Primaria. Al inicio del cuestionario se informó a todos los participantes sobre el objetivo y el procedimiento de la investigación, además de solicitarles su consentimiento y la posibilidad de contactar nuevamente con ellos vía mail dada la naturaleza longitudinal del estudio. El estudio fue apoyado por la Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias (SEEIUC) que colaboró con la difusión del mismo.

El presente estudio siguió las directrices deontológicas nacionales e internacionales, la declaración de Helsinki y el Código de Buenas Prácticas y la Orden SAS/3470/2009. El procesamiento de los datos de carácter personal de los participantes en el estudio cumplió con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, sobre la Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD) y con el Reglamento nº 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril, de Protección de Datos (GDPR).

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Adibi A, Golitaleb M, Farrahi-Ashtiani I, Pirani D, Yousefi K, Jamshidbeigi Y, et al. The Prevalence of Generalized Anxiety Disorder Among Health Care Workers During the COVID-19 Pandemic: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Front psychiatry*. 2021;12:658846.
2. Ismael ST, Manoharan G, George A, Al-Kaisi K, Abas S, Al-Musabi M, et al. UK CoPACK Study: knowledge and confidence of healthcare workers in using personal protective equipment and related anxiety levels during the COVID-19 pandemic. *Clin Med*. 2023;23(1):24-30.

3. Osorio-Martínez ML, Malca-Casavilca M, Condor-Rojas Y, Becerra-Bravo MA, Ruiz Ramirez E. [Factors associated with the development of stress, anxiety and depression in the context of COVID-19 pandemic in Peruvian healthcare facilities]. *Arch Prev Riesgos Labor*. 2022 Jul;25(3):271-84.
4. Carmassi C, Dell'Oste V, Bui E, Foghi C, Bertelloni CA, Atti AR, et al. The interplay between acute post-traumatic stress, depressive and anxiety symptoms on healthcare workers functioning during the COVID-19 emergency: A multicenter study comparing regions with increasing pandemic incidence. *J Affect Disord*. 2022 Feb;298(Pt A):209-16.
5. Oteir AO, Nazzal MS, Jaber AF, Alwidyan MT, Raffee LA. Depression, anxiety and insomnia among frontline healthcare workers amid the coronavirus pandemic (COVID-19) in Jordan: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2022;12(1):e050078.
6. Kılıç A, Gürcan MB, Aktura B, Şahin AR, Kökrek Z. Prevalence of Anxiety and Relationship of Anxiety with Coping Styles and Related Factors in Healthcare Workers During COVID-19 Pandemic. *Psychiatr Danub*. 2021 Sep;33(Suppl 10):161-71.
7. Saddik B, Elbarazi I, Temsah M-H, Saheb Sharif-Askari F, Kheder W, Hussein A, et al. Psychological Distress and Anxiety Levels Among Health Care Workers at the Height of the COVID-19 Pandemic in the United Arab Emirates. *Int J Public Health*. 2021;66:1604369.
8. Peng X, Meng X, Li L, Hu C, Liu W, Liu Z, et al. Depressive and Anxiety Symptoms of Healthcare Workers in Intensive Care Unit Under the COVID-19 Epidemic: An Online Cross-Sectional Study in China. *Front public Heal*. 2021;9:603273.
9. Novilla MLB, Moxley VBA, Hanson CL, Redelfs AH, Glenn J, Donoso Naranjo PG, et al. COVID-19 and Psychosocial Well-Being: Did COVID-19 Worsen U.S. Frontline Healthcare Workers' Burnout, Anxiety, and Depression? *Int J Environ Res Public Health*. 2023 Mar;20(5).
10. Doan Q-H, Tran N-N, Than M-H, Nguyen H-T, Bui V-S, Nguyen D-H, et al. Depression, Anxiety and Associated Factors among Frontline Hospital Healthcare Workers in the Fourth Wave of COVID-19: Empirical Findings from Vietnam. *Trop Med Infect Dis*. 2021 Dec;7(1).
11. Motahedi S, Aghdam NF, Khajeh M, Baha R, Aliyari R, Bagheri H, et al. Anxiety and depression among healthcare workers during COVID-19 pandemic: A cross-sectional study. *Heliyon*. 2021 Dec;7(12):e08570.
12. Meo SA, Alkhalifah JM, Alshammari NF, Alnufaie WS. Comparison of Generalized Anxiety and Sleep Disturbance among Frontline and Second-Line Healthcare Workers during the COVID-19 Pandemic. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 May;18(11).
13. Liang Z, Wang Y, Wei X, Wen W, Ma J, Wu J, et al. Prevalence and associated factors of depressive and anxiety symptoms among healthcare workers in the post-pandemic era of COVID-19 at a tertiary hospital in Shenzhen, China: A cross-sectional study. *Front public Heal*. 2023;11:1094776.
14. Xiong J, Lipsitz O, Nasri F, Lui LMW, Gill H, Phan L, et al. Impact of COVID-19 pandemic on mental health in the general population: A systematic review. *J Affect Disord*. 2020 Dec;277:55-64.
15. Jing S, Dai Z, Wu Y, Liu X, Ren T, Liu X, et al. Prevalence and Influencing Factors of Depressive and Anxiety Symptoms among Hospital-based Healthcare Workers during the Surge Period of the COVID-19 Pandemic in the Chinese Mainland: A Multicenter Cross-sectional Study. *QJM*. 2023 Aug;
16. Li X-Y, Wang J, Zhang R-X, Chen L, He CK, Wang C-Y, et al. Psychological Status Among Anesthesiologists and Operating Room Nurses During the Outbreak Period of COVID-19 in Wuhan, China. *Front psychiatry*. 2020;11:574143.
17. Stone KW, Jagger MA, Horney JA, Kintziger KW. Changes in anxiety and depression among public health workers during the COVID-19 pandemic response. *Int Arch Occup Environ Health*. 2023 Nov;96(9):1235-44.
18. Dufour M-M, Bergeron N, Rabasa A, Guay S, Geoffrion S. Assessment of Psychological Distress in Health-care Workers during and after the First Wave of COVID-19: A Canadian Longitudinal Study. *Can J psychiatry*. 2021 Sep;66(9):807-14.

19. Alonso J, Vilagut G, Alayo I, Ferrer M, Amigo F, Aragón-Peña A, et al. Mental impact of Covid-19 among Spanish healthcare workers. A large longitudinal survey. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2022 Apr;31:e28.
20. García-Hedrerá FJ, Gil-Almagro F, Carmona-Monge FJ, Peñacoba-Puente C, Catalá-Mesón P, Velasco-Furlong L. Intensive care unit professionals during the COVID-19 pandemic in Spain: Social and work-related variables, COVID-19 symptoms, worries, and generalized anxiety levels. *Acute Crit Care*. 2021;36(3):232-41.
21. Kelly D, Schroeder S, Leighton K. Anxiety, depression, stress, burnout, and professional quality of life among the hospital workforce during a global health pandemic. *J Rural Health*. 2022 Mar 21;38(4):1-10.
22. Pappa S, Ntella V, Giannakas T, Giannakoulis VG, Papoutsis E, Katsaounou P. Prevalence of depression, anxiety, and insomnia among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Brain Behav Immun*. 2020 Aug;88:901-7.
23. López Steinmetz LC, Herrera CR, Fong SB, Godoy JC. Changes in Healthcare Workers' Anxiety During Two Time Points of the COVID-19 Pandemic: Evidence From a Longitudinal Study. *Int J Ment Health Addict*. 2021 Oct;1-15.
24. Holton S, Wynter K, Peeters A, Georgalas A, Yeomanson A, Rasmussen B. Psychological wellbeing of Australian community health service staff during the COVID-19 pandemic: a longitudinal cohort study. *BMC Health Serv Res*. 2023 Apr;23(1):405.
25. Costa A, Caldas de Almeida T, Fialho M, Rasga C, Martiniano H, Santos O, et al. Mental Health of Healthcare Professionals: Two Years of the COVID-19 Pandemic in Portugal. *Int J Environ Res Public Health*. 2023 Feb;20(4).
26. Yang X, Zhang Y, Li S, Chen X. Risk factors for anxiety of otolaryngology healthcare workers in Hubei province fighting coronavirus disease 2019 (COVID-19). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2021 Jan;56(1):39-45.
27. Schneider JN, Hiebel N, Kriegsmann-Rabe M, Schmuck J, Erim Y, Morawa E, et al. Moral Distress in Hospitals During the First Wave of the COVID-19 Pandemic: A Web-Based Survey Among 3,293 Healthcare Workers Within the German Network University Medicine. *Front Psychol*. 2021; 12:775204.
28. Schoemann AM, Boulton AJ, Short SD. Determining power and sample size for simple and complex mediation models. *Soc Psychol Personal Sci*. 2017;8(4):379-86.
29. Cobo-Cuenca AI, Fernández-Fernández B, Carmona-Torres JM, Pozuelo-Carrascosa DP, Laredo-Aguilera JA, Romero-Gómez B, et al. Longitudinal Study of the Mental Health, Resilience, and Post-Traumatic Stress of Senior Nursing Students to Nursing Graduates during the COVID-19 Pandemic. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Oct;19(20).
30. Jubin J, Delmas P, Gilles I, Oulevey Bachmann A, Ortoleva Bucher C. Factors protecting Swiss nurses' health during the COVID-19 pandemic: a longitudinal study. *BMC Nurs*. 2023 Sep;22(1):306.
31. Spitzer RL, Kroenke K, Williams JBW, Löwe B. A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Arch Intern Med*. 2006;166(10):1092-7.
32. García-Campayo J, Zamorano E, Ruiz MA, Pardo A, Pérez-Páramo M, López-Gómez V, et al. Cultural adaptation into Spanish of the generalized anxiety disorder-7 (GAD-7) scale as a screening tool. *Health Qual Life Outcomes*. 2010;8:8.
33. Zimet GD, Powell SS, Farley GK, Werkman S, Berkoff KA. Psychometric characteristics of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support. *J Pers Assess*. 1990;55(3-4):610-7.
34. Calderón C, Ferrando PJ, Lorenzo-Seva U, Gómez-Sánchez D, Fernández-Montes A, Palacín-Lois M, et al. Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS) in cancer patients: psychometric properties and measurement invariance. *Psicothema*. 2021 Feb;33(1):131-8.
35. Clara IP, Cox BJ, Enns MW, Murray LT, Torgrud LJ. Confirmatory factor analysis of the multidimensional scale of perceived social support in clinically distressed and student samples. *J Pers Assess*. 2003 Dec;81(3):265-70.

36. Dahlem NW, Zimet GD, Walker RR. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support: a confirmation study. *J Clin Psychol.* 1991 Nov;47(6):756-61.
37. De Las Cuevas C, Peñate W. Validation of the General Self-Efficacy Scale in psychiatric outpatient care. *Psicothema.* 2015;27(4):410-5.
38. P Sanjuán Suárez, A Ma Pérez García, J Bermúdez Moreno. Escala de autoeficacia general: datos psicométricos de la adaptación para población española. *Psicothema.* 2000;12(2):509-13.
39. Sánchez-Teruel D, Robles-Bello MA. Escala de Resiliencia 14 ítems (RS-14): Propiedades Psicométricas de la Versión en Español. [14-item Resilience Scale (RS)-14]: Psychometric properties of the Spanish version.]. *Rev Iberoam Diagnóstico y Evaluación Psicol.* 2015;40(2):103-13.
40. Vahedian-Azimi A, Hajjesmaeili M, Kangasniemi M, Fornés-Vives J, Hunsucker RL, Rahimibashar F, et al. Effects of Stress on Critical Care Nurses: A National Cross-Sectional Study. *J Intensive Care Med.* 2019 Apr;34(4):311-22.
41. Huang C, Wu M, Ho C, Wang J. Risks of treated anxiety, depression, and insomnia among nurses: A nationwide longitudinal cohort study. *PLoS One.* 2018 Sep 1;13(9).
42. Eldevik MF, Flo E, Moen BE, Pallesen S, Bjorvatn B. Insomnia, excessive sleepiness, excessive fatigue, anxiety, depression and shift work disorder in nurses having less than 11 hours in-between shifts. *PLoS One.* 2013;8(8):e70882.
43. García-Iglesias JJ, Gómez-Salgado J, Martín-Pereira J, Fagundo-Rivera J, Ayuso-Murillo D, Martínez-Riera JR, et al. [Impact of SARS-CoV-2 (Covid-19) on the mental health of healthcare professionals: a systematic review.]. *Rev Esp Salud Publica.* 2020 Jul;94:1-20.
44. AlMaqabali M, AlSinani M, Al-Lenjawi B. Prevalence of stress, depression, anxiety and sleep disturbance among nurses during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *J Psychosom Res.* 2021 Feb;141:110343.
45. Marvaldi M, Mallet J, Dubertret C, Moro MR, Guessoum SB. Anxiety, depression, trauma-related, and sleep disorders among healthcare workers during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *Neurosci Biobehav Rev.* 2021 Jul;126:252-64.
46. Wafula ST, Ninsiima LL, Mendoza H, Ssempebwa JC, Walter F, Musoke D. Association between recent COVID-19 diagnosis, depression and anxiety symptoms among slum residents in Kampala, Uganda. *PLoS One.* 2023;18(5):e0280338.
47. Rogers AH, Bogiaizian D, Salazar PL, Solari A, Garey L, Fogle BM, et al. COVID-19 and Anxiety Sensitivity Across Two Studies in Argentina: Associations with COVID-19 Worry, Symptom Severity, Anxiety, and Functional Impairment. *Cognit Ther Res.* 2021;45(4):697-707.
48. Lill MW. Critical care needs nurses with advanced degrees at the bedside. *Am J Crit Care.* 2014 May;23(3):187.
49. Sakr CJ, Rahme D, Fakh L, Assaf SA, Redlich CA, Slade MD, et al. Anxiety Among Healthcare Workers During COVID-19 Pandemic in Lebanon: The Importance of the Work Environment and Personal Resilience. *Psychol Res Behav Manag.* 2022;15:811-21.
50. Dagne H, Atnafu A, Alemu K, Azale T, Yitayih S, Dagnew B, et al. Anxiety and associated factors among Ethiopian health professionals at early stage of COVID-19 pandemic in Ethiopia. *PLoS One.* 2021;16(6):e0252664.
51. Fernández-de-Las-Peñas C, Palacios-Ceña D, Gómez-Mayordomo V, Cuadrado ML, Florencio LL. Defining Post-COVID Symptoms (Post-Acute COVID, Long COVID, Persistent Post- COVID): An Integrative Classification. *Int J Environ Res Public Health.* 2021 Mar;18(5).
52. Savitsky B, Findling Y, Erel A, Hendel T. Anxiety and coping strategies among nursing students during the covid-19 pandemic. *Nurse Educ Pract.* 2020 Jul;46:102809.
53. Gupta S, Prasad AS, Dixit PK, Padmakumari P, Gupta S, Abhisheka K. Survey of prevalence of anxiety and depressive symptoms among 1124 healthcare workers during the coronavirus disease 2019 pandemic across India. *Med journal, Armed Forces India.* 2021 Jul;77(Suppl 2):S404-12.
54. Magro-Morillo A, Boulayoune-Zaagougui S, Cantón-Habas V, Molina-Luque R, Hernández-Ascanio

- J, Ventura-Puertos PE. Emotional universe of intensive care unit nurses from Spain and the United Kingdom: A hermeneutic approach. *Intensive Crit care Nurs*. 2020 Aug;59:102850.
55. Pérez-Fuentesa M., Molero-Jurado MM, Gázquez-Linares J., Simón-Márquez M. Analysis of Burnout Predictors in Nursing: Risk and Protective Psychological Factors. *Eur J Psychol Appl to Leg Context*. 2019;11(1):33-40.
56. Portero de la Cruz S, Cebrino J, Herruzo J, Vaquero-Abellán M. A Multicenter Study into Burnout, Perceived Stress, Job Satisfaction, Coping Strategies, and General Health among Emergency Department Nursing Staff. *J Clin Med*. 2020 Apr;9(4).
57. Kail BL, Carr DC. Structural Social Support and Changes in Depression During the Retirement Transition: "I Get by With a Little Help from My Friends". *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2020; 75(9):2040-9.
58. Bedaso A, Adams J, Peng W, Sibbritt D. The relationship between social support and mental health problems during pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *Reprod Health*. 2021 Jul;18(1):162.
59. Xiao H, Zhang Y, Kong D, Li S, Yang N. The Effects of Social Support on Sleep Quality of Medical Staff Treating Patients with Coronavirus Disease 2019 (COVID-19) in January and February 2020 in China. *Med Sci Monit Int Med J Exp Clin Res*. 2020 Mar;26:e923549.
60. Ghafari R, Mirghafourvand M, Rouhi M, Osouli Tabrizi S. Mental health and its relationship with social support in Iranian students during the COVID-19 pandemic. *BMC Psychol*. 2021 May;9(1):81.
61. Gil-Almagro F, García-Hedrerá FJ, Carmona-Monge FJ, Peñacoba-Puente C. From Anxiety to Hardiness: The Role of Self-Efficacy in Spanish CCU Nurses in the COVID-19 Pandemic. *Medicina (B Aires)*. 2024;60(2):215.
62. Foster K, Roche M, Delgado C, Cuzzillo C, Giandinoto J-A, Furness T. Resilience and mental health nursing: An integrative review of international literature. *Int J Ment Health Nurs*. 2019 Feb;28(1):71-85.
63. Maben J, Bridges J. Covid-19: Supporting nurses' psychological and mental health. Vol. 29, *Journal of clinical nursing*. England; 2020. p. 2742-50.
64. Laschinger HKS, Read EA. The Effect of Authentic Leadership, Person-Job Fit, and Civility Norms on New Graduate Nurses' Experiences of Coworker Incivility and Burnout. *J Nurs Adm*. 2016 Nov; 46(11):574-80.



**ESTUDIOS ORIGINALES**

# Influencia del uso de las redes sociales en el consumo de alcohol y la ansiedad en estudiantes de Enfermería de la Universidad Complutense de Madrid: estudio descriptivo observacional

## Influence of the use of social networks on alcohol consumption and anxiety in Nursing students of the Complutense University of Madrid: descriptive observational study

Almudena Buerba Díaz<sup>1</sup>, Ismael Ortuño Soriano<sup>2</sup>, Ignacio Zaragoza García<sup>3</sup>

<sup>1</sup> Enfermera. Máster en Investigación en Cuidados de Salud por la Universidad Complutense de Madrid. Área de Desarrollo Profesional e Investigación en Enfermería de la Clínica Universidad de Navarra (Madrid). Vicepresidenta de la Asociación Estrella ONG.

<sup>2</sup> Enfermero. Máster en Investigación en Cuidados y Doctor por la Universidad Complutense de Madrid. Licenciado en Humanidades. Profesor en la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la UCM. Responsable del Grupo de Investigación en Cuidados del Instituto de Investigación del Hospital Clínico San Carlos (Madrid).

<sup>3</sup> Diplomado y grado en Enfermería. Diplomado en nutrición y dietética humana. Especialista en enfermería de empresa. Doctor por la Universidad Complutense de Madrid. Máster en Investigación de Cuidados. Profesor UCM.

**VII Premios de Investigación CODEM 2023. Cuarto premio.**

DOI: <https://doi.org/10.60108/ce.324>

**Cómo citar este artículo:** Buerba Díaz, A. y otros, Influencia del uso de las redes sociales en el consumo de alcohol y la ansiedad en estudiantes de Enfermería de la Universidad Complutense de Madrid: estudio descriptivo observacional. *Conocimiento Enfermero* 27 (2025): 59-76.

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

### RESUMEN

**Justificación.** Las redes sociales han pasado a formar parte fundamental de la vida de los jóvenes. Se ha evidenciado que su elevado uso afecta a su salud. Además, esta población presenta un elevado consumo de alcohol y altos niveles de ansiedad.

**Objetivos.** Describir la relación entre el uso de redes sociales y el consumo de alcohol y niveles de ansiedad en estudiantes.

**Metodología.** Estudio descriptivo observacional realizado durante el curso 2021/2022 con estudiantes a los que se les administró cuestionarios que evaluaban nivel de adicción a las redes sociales, consumo de alcohol y ansiedad. Se calculan correlaciones de Pearson bivariadas para conocer la relación lineal.

**Resultados.** Se obtuvieron 75 respuestas. Los datos reflejan que un uso excesivo de las redes sociales se relaciona con el consumo de alcohol ( $p=0,031$ ). Se observa también una posible asociación entre la obsesión por las redes sociales y síntomas de dependencia al alcohol ( $p=0,05$ ). Se puede observar que, a mayor obsesión y falta de control personal por las redes sociales, mayores niveles de ansiedad presentarían los participantes.

**Conclusión.** La adicción a las redes sociales podría relacionarse con el consumo de alcohol y ansiedad. Resultan, necesarios futuros estudios que estudien la causalidad de dichas relaciones.

**Palabras clave:** red social; alcohol; ansiedad; estudiantes; educación sanitaria.



## ABSTRACT

**Justification.** Social networks have become a fundamental part of the lives of young people. It has been shown that its high use affects to health. In addition, this population presents a high consumption of alcohol and high levels of anxiety.

**Objectives.** Describe the relationship between the use of social networks and alcohol consumption and anxiety levels in students.

**Methodology.** Descriptive observational study carried out during the 2021/2022 academic year with students who were administered questionnaires that evaluated the level of addiction to social networks, alcohol consumption and anxiety. Bivariate Pearson correlations are calculated to find out the linear relationship.

**Results.** 75 responses were obtained. The data reflect that excessive use of social networks is related to alcohol consumption ( $p=0.031$ ). There is also a possible association between obsession with social networks and symptoms of alcohol dependence ( $p=0.05$ ). It can be seen that the greater the obsession and lack of personal control over social networks, the higher the levels of anxiety the participants would present.

**Conclusion.** Addiction to social networks could be related to alcohol consumption and anxiety. Future studies are necessary to study the causality of these relationships.

**Keywords:** social network; alcohol; anxiety; students; health education.

## 1. Introducción

### 1.1. Uso de redes sociales

El siglo XXI se caracteriza por el gran desarrollo tecnológico y el creciente uso de las nuevas tecnologías. Para conocer en qué consisten exactamente las redes sociales, se sugiere la definición de Boyd y Ellison que, en 2008, explicaban que las redes sociales consisten en servicios localizados en la web que permiten a las personas crear un perfil público o bien semipúblico, encuadrado en un sistema.

A través de este perfil, podrán conectarse con otros usuarios y ver y compartir una conexión con esta lista de usuarios [1].

Por otro lado, se ha descrito que las redes sociales pueden aportar múltiples beneficios a la sociedad, entre los que se encuentran la posibilidad de la comunicación sin fronteras y la facilidad de obtención de información, lo que puede traducirse en un beneficio para el aprendizaje y la adquisición de conocimiento [2].

Teniendo en cuenta estos beneficios descritos, y sin olvidar que son una pequeña parte de las múltiples ventajas que las redes sociales ofrecen, se pone en el otro lado de la balanza las desventajas que las redes sociales presentan [3].

Debido a la instantaneidad y a la novedad que las caracteriza, las redes sociales pueden tener efectos muy perjudiciales en la vida de aquellas personas que las utilizan, debido a una constan-

te conexión y a la sobreexposición de sus vidas en dichas redes sociales, lo que podría traducirse en adicción a las redes sociales [2].

El uso de nuevas tecnologías es potencialmente adictivo por dos cuestiones principales: su uso provoca una inmediata gratificación y permite al usuario evadirse del mundo que le rodea [2].

Como se explica en la Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud, el uso habitual de las redes sociales provoca tolerancia, es decir, el usuario necesitará usar cada vez más las redes sociales para obtener la misma respuesta. Así pues, provocan abstinencia, pérdida de control y en ocasiones, una ocultación de su uso, así como el abandono de otras actividades usuales en la vida diaria, un cambio de actitud y "craving" (anhelo por su uso). Dichas características son diferentes en función de cada persona [4].

En una encuesta realizada por el Ministerio de Sanidad, se observó que 1.139.000 personas de entre 15 a 64 años habían hecho un uso compulsivo de internet. Además, los resultados obtenidos reflejaron que el grupo de edad con un mayor uso compulsivo de internet fueron los jóvenes entre 15 a 24 años, con una prevalencia de un 11,3% [5].

En cuanto al sexo, se observó que, en este grupo de edad, el uso compulsivo de internet es mayor en hombres, con una prevalencia del 3.9% [6] (Anexo 1).

## 1.2. Consumo de alcohol

El consumo de alcohol es un problema de salud a nivel mundial. En jóvenes, el alcohol tiene diferentes consecuencias que afectan a la salud, entre los que se encuentra un posible daño neuronal secundario, que afecta al comportamiento cognitivo conductual de los jóvenes [7].

Según la OMS, el consumo de alcohol es la causa de más de 200 enfermedades y provoca discapacidad a una edad relativamente temprana [8].

Por otra parte, también se ha descrito al alcohol como causa de violencia en muchos casos, provocando en las personas que lo consumen prepotencia, agresividad y exaltación del ánimo entre otros [9].

Además, se ha asociado el consumo de alcohol con un peor rendimiento académico, de tal forma que, aquellos alumnos que ingieren mayores niveles de alcohol obtienen significativamente peores calificaciones académicas que los estudiantes que realizan un consumo de alcohol sin riesgo [10].

En España, desde el año 1995, se realiza una encuesta cada dos años acerca del consumo de alcohol y otras drogas en los hogares. En la última encuesta, realizada en 2020, se evidenció que un 77,2% de la muestra había consumido alcohol en ese último año, observando además un mayor consumo de alcohol en hombres que en mujeres [5] (Anexo 2).

Históricamente, se ha asociado el consumo de alcohol a la masculinidad, de tal manera que el consumo en hombres es razonable y aceptado en la sociedad. De ahí que existan estas diferencias de género en el consumo de alcohol [11].

Múltiples estudios demuestran un alto consumo de alcohol en jóvenes universitarios, influidos por el estrés académico, así como la dificultad de afrontamiento y la influencia de los grupos.

Existe un tipo de consumo muy habitual en jóvenes, conocido como *Binge Drinking* o *Consumo Intensivo de Alcohol*, que se caracteriza por "la ingesta de grandes cantidades de alcohol concentrada en un corto espacio de tiempo, que comporta con frecuencia una intoxicación alcohólica" con consecuencias muy perjudiciales en la sa-

lud de los consumidores. Está demostrado que no existe un umbral seguro para dicho patrón de consumo y por lo tanto debe desaconsejarse [12].

La máxima prevalencia de este tipo de consumo de alcohol se encuentra en el grupo de edad comprendido entre los 20 y los 24 años (33,8% hombres y 19,2% en mujeres) (Anexo 3).

## 1.3. Ansiedad

La ansiedad es una emoción que forma parte del ser humano y que consta de una función adaptativa que se encarga de guiar el comportamiento para lidiar con circunstancias complicadas o difíciles [13].

Cuando una persona tiene una preocupación excesiva, incluso en ocasiones en las que no hay motivos para hacerlo, puede estar padeciendo trastorno de ansiedad generalizada [13].

Este trastorno presenta diferentes síntomas, entre los que se encuentran la inquietud, la preocupación excesiva por situaciones cotidianas, problemas de concentración, dificultad para dormir, cansancio, dolor de cabeza, dolor muscular, aumento de la micción y nerviosismo o temblores [14].

El trastorno de ansiedad generalizada se asocia al consumo de sustancias psicoactivas como una forma de afrontar los sentimientos negativos de estas personas [13].

Un estudio realizado en 2014 con estudiantes de la Facultad de Educación de la Universidad Complutense de Madrid reflejó unos altos niveles de ansiedad entre los alumnos y las alumnas [15].

Por otro lado, se ha podido observar la relación existente entre los niveles de ansiedad, estrés e insomnio y los patrones alimentarios no saludables en jóvenes universitarios [16].

## 1.4. Relación entre uso de redes sociales, consumo de alcohol y ansiedad

Atendiendo a los problemas de salud pública detallados anteriormente, consumo de alcohol, uso de redes sociales y ansiedad, se han lle-

vado a cabo diferentes estudios con el objetivo de conocer cómo se relacionan estas tres variables [17].

Un metaanálisis cuyo objetivo era conocer la asociación entre las redes sociales y el consumo de alcohol en adolescentes y adultos jóvenes, reveló una relación moderada entre ambos [18] aunque se encontraron diferentes limitaciones que justifican la realización de este trabajo.

En este metaanálisis se afirma que se necesitan más estudios que investiguen la relación longitudinal entre el consumo de alcohol y las relaciones sociales para determinar de qué forma contribuyen a la vulnerabilidad de los jóvenes a la bebida [18].

## 2. Justificación

Diferentes estudios demuestran una posible relación entre el uso de las redes sociales y un mayor consumo de alcohol, pero existen lagunas de conocimiento en este tema.

En la revisión de la literatura existente, se han encontrado estudios cuya población de edad eran adolescentes, mayoritariamente estudiantes de secundaria o bachillerato [3].

Por otro lado, varias investigaciones sostienen una posible aceptación del consumo del alcohol por parte de los jóvenes debido a la visualización de imágenes relacionadas con dicha sustancia en las redes sociales [19].

Las adicciones influyen en la salud mental y, por lo tanto, es necesario un estudio que aúne estos tres aspectos.

Por otro lado, se ha estudiado mayoritariamente el consumo de alcohol y la influencia de las redes en población adolescente, pero es necesario conocer estos patrones en población universitaria, debido a que, como se ha detallado anteriormente, el grupo de edad que más consume internet de forma compulsiva es la población de entre 15 a 24 años y, por lo tanto, es necesario conocer si esto influye en el consumo de alcohol.

Es reseñable que un estudio hace referencia al déficit de percepción de este problema en la población, por lo tanto, aumentar el conocimiento acerca de la influencia que tienen las re-

des sociales en el consumo de alcohol y a su vez la relación que ambas tienen en la ansiedad ayudará a concienciar a la sociedad acerca de este gran problema de salud pública [20].

## 3. Pregunta de investigación

Siguiendo una estructura PICO, la pregunta de investigación planteada es:

¿El uso de redes sociales aumenta el consumo de alcohol y los niveles de ansiedad en jóvenes universitarios estudiantes del Grado de Enfermería?

## 4. Objetivos

**Objetivo general:**

- Describir la relación entre el uso de redes sociales y el consumo de alcohol y niveles de ansiedad en estudiantes del Grado de Enfermería de la Universidad Complutense de Madrid.

**Objetivos específicos:**

- Conocer los patrones de consumo de alcohol en estudiantes del Grado de Enfermería.
- Describir el nivel de adicción a las redes sociales en dicha población.
- Conocer el grado de ansiedad en estudiantes del Grado de Enfermería.

## 5. Hipótesis

La adicción a las redes sociales se asocia al consumo de alcohol y ansiedad en jóvenes universitarios estudiantes del Grado de Enfermería de la Universidad Complutense de Madrid.

## 6. Material y método

- Diseño: Estudio descriptivo observacional.
- Espacio temporal: Curso 2021/2022.
- Trabajo de campo: febrero 2022.
- Población diana: Jóvenes de 18 a 24 años.

- Sujetos de estudio: Estudiantes de Enfermería de la Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología de la Universidad Complutense de Madrid.

## 6.1. Variables

### Variables dependientes.

- Consumo de alcohol: Variable cuantitativa continua.
- Ansiedad: Variable cuantitativa continua.

### Variables independientes.

- Sexo de los estudiantes: Variable cualitativa nominal.
- Edad de los estudiantes: Variable cuantitativa continua.
- Curso actual: Variable cualitativa ordinal.
- Nivel de adicción a las redes sociales: Variable cuantitativa continua.
- Tipo de red social: Variable cualitativa policotómica de selección múltiple.

## 6.2. Criterios de inclusión

Estudiantes universitarios del Grado de Enfermería de la Universidad Complutense de Madrid, edad entre 18 y 24 años y participantes que utilizan las redes sociales.

## 6.3. Criterios de exclusión

Personas que no estén cursando el Grado de Enfermería durante el Curso 2021/2022 en la Universidad Complutense de Madrid, estudiantes de más de 24 años y personas que no son usuarias de redes sociales.

## 6.4. Instrumentos de medida

La recogida de datos se realizó utilizando un cuestionario de Google Forms, al que se puede acceder en el siguiente enlace: <https://forms.gle/GzCFs5ZBoK8p8JbG9> que se envió a los alumnos a través del correo electrónico institu-

cional de la Universidad Complutense de Madrid, con la ayuda del profesorado. En el Anexo 4 se muestra la primera página del cuestionario.

Dicho enlace contenía seis secciones:

- Política de privacidad.
- Información demográfica: en la que se recoge la información relacionada con las variables sexo, edad y curso.
- Cuestionario de Adicción a las Redes Sociales (ARS): Contiene 24 ítems y fue validado en 2014 [21].
- Cuestionario Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT): Test de Identificación de los Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol, desarrollado por la OMS, como un método de screening para evaluar el consumo excesivo de alcohol. Debido a que este cuestionario se ha realizado de diferentes formas, en este caso se utilizará el formato de autopase. Validado en 2016 para su uso en población universitaria [23].
- Cuestionario de Ansiedad Estado-Rasgo (STAI): Contiene 40 ítems, que valoran el “estado”, lo que se siente en ese momento, y la parte referida al “rasgo” estado general [22].
- Agradecimiento por colaboración.

## 6.5. Tamaño muestral

El cálculo del tamaño muestral se ha realizado con la calculadora de tamaño muestral GRANMO Versión 7.12. Se ha considerado que una muestra aleatoria de 172 individuos sería suficiente para estimar, con una confianza del 95% y una precisión de +/- 5 unidades porcentuales, un porcentaje poblacional de uso compulsivo de redes que, previsiblemente, será de alrededor del 11.3% [5]. El porcentaje de reposiciones necesaria se preció en un 10%.

## 6.6. Análisis de datos

Los datos se han recogido en el programa Excel y se han procesado en el programa estadístico SPSS v25.

Para el análisis de datos se utiliza la estadística descriptiva, para así poder obtener las frecuencias, así como la medida de posición y dispersión, cuyo objetivo es resumir y condensar la información de los datos y que indica la posición y la distribución de las frecuencias, así como la lejanía o proximidad de las observaciones. Se calculan además datos sobre la media y la mediana, así como la moda.

Por otro lado, como se ha comentado anteriormente, se aplican medidas de dispersión entre las que se encuentran el recorrido, el rango intercuartílico, la varianza, la desviación típica y el coeficiente de variación.

Teniendo en cuenta que las variables del estudio son cuantitativas, se opta por realizar una correlación de Pearson bivariada para así conocer la relación lineal existente entre dichas variables.

**TABLA 1.** Distribución por sexo.

Sexo	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
Hombre	20	26,7
Mujer	55	73,3
Total	75	100,0

**TABLA 2.** Distribución por curso.

Curso	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
1°	16	21,3
2°	16	21,3
3°	12	16,0
4°	31	41,3
Total	75	100,0

**TABLA 3.** Total número redes.

Nº redes sociales	Frecuencia (n)	Porcentaje (%)
1	2	2,7
2	13	17,3
3	29	38,7
4	29	38,7
5	2	2,7
Total	75	100,0

## 7. Resultados

### 7.1. Características generales de la población estudiada

Se obtuvieron un total de 89 respuestas, de las cuales, debido a los criterios de exclusión, se rechazaron [14]. La tabla y figura 1 representan el total de personas estudiadas y su distribución en función del sexo, el rango de edad osciló entre 18 y 25 años, siendo la media de edad de 20,28 (Desv. estándar: 1,4).

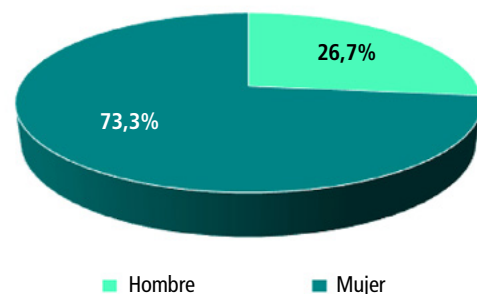
Por otro lado, resulta de interés conocer el curso al que pertenecían los participantes, para observaciones posteriores (Tabla 2 y figura 2).

### 7.2. Uso de redes sociales

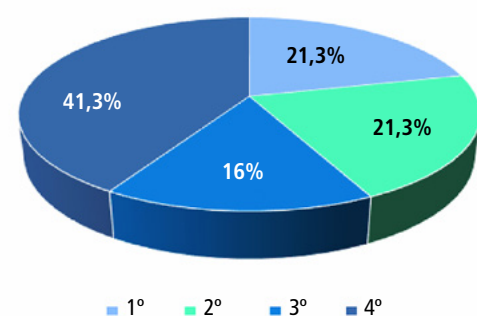
En cuanto al uso de redes sociales, los participantes del estudio utilizan de media entre 3 y 4 (Tabla 3).

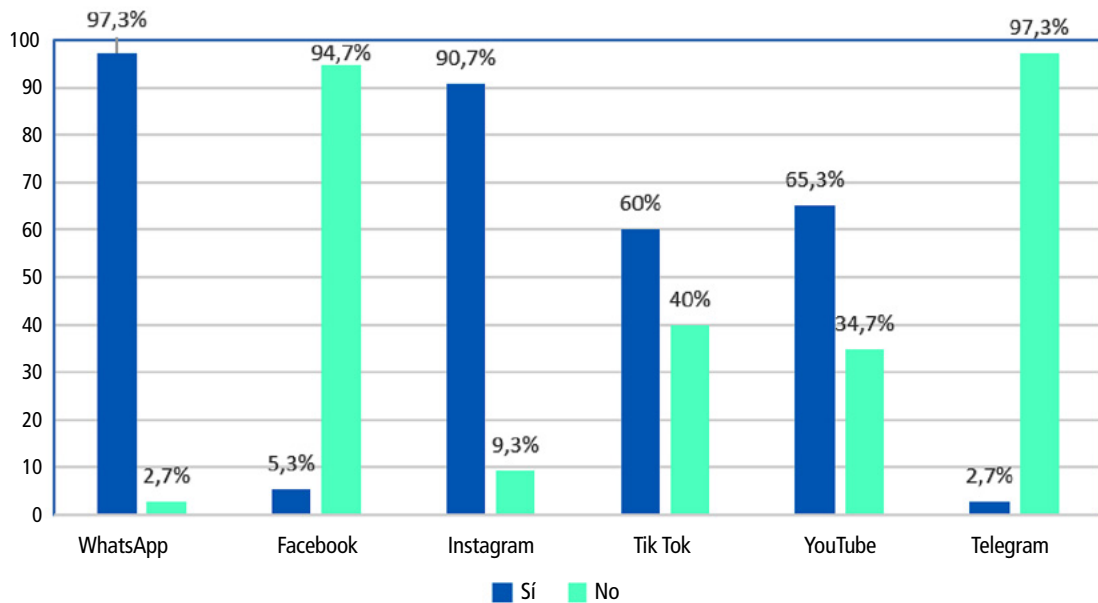
Por otro lado, en la Figura 3, se puede observar que las redes sociales más utilizadas son WhatsApp e Instagram, seguidas de YouTube y de Tik Tok.

**FIGURA 1.** Distribución por sexo.



**FIGURA 2.** Distribución por curso.



**FIGURA 3.** Porcentaje de redes sociales usadas.**TABLA 4.** Relación entre redes sociales y consumo de alcohol.

		Consumo de riesgo de alcohol suma 1, 2, 3	Síntomas de dependencia suma 4, 5, 6	Consumo perjudicial de alcohol suma 7, 8, 9, 10	Resultado AUDIT Alcohol
Factor I. Obsesión por RRSS: 2, 3, 5, 6, 7, 13, 15, 19, 22, 23	Correlación de Pearson	-0,085	0,227	0,125	0,07
	Sig. (bilateral)	0,467	0,05	0,285	0,552
Factor II. Falta de control personal en RRSS: 4, 11, 12, 14, 20, 24	Correlación de Pearson	-0,127	0,187	0,073	0,015
	Sig. (bilateral)	0,277	0,109	0,534	0,896
Factor III: Uso excesivo de las RRSS: 1, 8, 9, 10, 16, 17, 18, 21	Correlación de Pearson	0,111	0,379**	0,222	0,249*
	Sig. (bilateral)	0,344	0,001	0,056	0,031

### 7.3. Uso de redes sociales y consumo de alcohol.

La encuesta de Adicción a las Redes Sociales se clasifica en tres principales factores atendiendo a los ítems contestados:

- Factor I: Obsesión por RRSS: 2, 3, 5, 6, 7, 13, 15, 19, 22, 23.
- Factor II: Falta de control personal en RRSS: 4, 11, 12, 14, 20, 24.

- Factor III: Uso excesivo de las RRSS: 1, 8, 9, 10, 16, 17, 18, 21.

Por otro lado, el AUDIT, se subdivide en tres dominios principales según los ítems:

- Consumo de riesgo de alcohol: 1,2 y 3.
- Síntomas de dependencia: 4, 5 y 6.
- Consumo perjudicial de alcohol: 7, 8, 9 y 10.

Para conocer la relación entre dichos factores y el resultado del AUDIT (encuesta de con-

sumo de alcohol) se expone su Correlación de Pearson, representada en la Tabla 4.

Por lo tanto, los datos reflejan que un uso excesivo de las redes sociales se asocia a un mayor consumo de alcohol ( $p=0,031$ ), así como con un incremento de los síntomas de dependencia al alcohol ( $p=0,001$ ). Se observa también una posible asociación entre la obsesión a las redes sociales y síntomas de dependencia al alcohol ( $p=0,05$  región de incertidumbre).

#### 7.4. Uso de redes sociales y ansiedad

El test para evaluar el nivel de ansiedad de los participantes, STAI, diferencia la ansiedad-estado, que valora cómo se siente la persona en el momento actual en el que cumplimenta la prueba y la ansiedad-rasgo, que observa cómo se siente dicha persona en general.

Para conocer la relación uso de redes sociales y el nivel de ansiedad, se calculan y exponen sus correlaciones de Pearson (Tabla 5).

En este caso, se puede observar que, a mayor obsesión por las redes sociales, mayores niveles de ansiedad presentan los participantes ( $p=0,035$  en relación con el STAI-Estado) ( $p=0,007$  en relación con el STAI-Rasgo).

Así pues, a mayor falta de control personal en las redes sociales, también se observan mayores niveles de ansiedad ( $p= p=0,005$  en relación con el STAI-Estado) ( $p=0,007$  en relación con el STAI-Rasgo).

#### 7.5. Distribuciones totales

En la Tabla 6 se detallan las distribuciones de las tres escalas utilizadas expresadas en medias y desviación estándar.

**TABLA 5.** Relación entre redes sociales y ansiedad.

		STAI-Estado (decatipo)	STAI-Rasgo prorrateado a 18 respuestas (decatipo)
Factor I. Obsesión por RRSS: 2, 3, 5, 6, 7, 13, 15, 19, 22, 23	Correlación de Pearson	0,244*	0,311**
	Sig. (bilateral)	0,035	0,007
Factor II. Falta de control personal en RRSS: 4, 11, 12, 14, 20, 24	Correlación de Pearson	0,324**	0,312**
	Sig. (bilateral)	0,005	0,007
Factor III: Uso excesivo de las RRSS: 1, 8, 9, 10, 16, 17, 18, 21	Correlación de Pearson	0,144	0,166
	Sig. (bilateral)	0,218	0,155

**TABLA 6.** Distribuciones totales.

	Media	Desv. Estándar
Factor I. Obsesión por RRSS: 2, 3, 5, 6, 7, 13, 15, 19, 22, 23	0,95	0,569
Factor II. Falta de control personal en RRSS: 4, 11, 12, 14, 20, 24	1,55	,636
Factor III: Uso excesivo de las RRSS: 1, 8, 9, 10, 16, 17, 18, 21	2,13	0,700
Resultado AUDIT Alcohol	4,12	3,799
STAI-Estado (decatipo)	6,19	2,740
STAI-Rasgo prorrateado a 18 respuestas (decatipo)	7,00	1,433



## 8. Discusión

### 8.1. Relación entre el consumo de alcohol y la adicción a las redes sociales

Los resultados del estudio ponen de manifiesto que existe una relación entre una adicción a las redes sociales y un mayor consumo de alcohol (Tabla 4). En concreto, se observa que un uso excesivo de las redes sociales se asocia a un mayor consumo de alcohol y síntomas de dependencia al alcohol.

Con los resultados obtenidos no se puede determinar el porqué de esta asociación, para ello resultan necesarias próximas investigaciones que busquen conocer con mayor exhaustividad las causas de esta relación. Sin embargo, se proponen dos motivos principales de esta relación:

- Mensajes pro-alcohol en redes sociales.
- Publicidad de bebidas alcohólicas en redes sociales.

En relación con lo anterior, por ejemplo, en Twitter, se publican miles de *Tweets*, a favor del alcohol, en los que se muestra la necesidad o el querer consumir alcohol e incluso existen usuarios que publican *Tweets* en el momento de encontrarse ebrios [24].

Los resultados obtenidos al evaluar el uso de redes sociales en estudiantes de enfermería demuestran que la red social más utilizada es WhatsApp (un 97,3% de los estudiantes evaluados la utilizan), seguida de Instagram (con un porcentaje de utilización del 90,7%) (Figura 3).

Un estudio reciente realizado con jóvenes en Andalucía reflejó que WhatsApp, al ser una red social de mensajería instantánea, se utiliza, entre otras, para preparar fiestas, organizar reuniones con amigos y decidir qué se va a beber y cuándo se va a comprar dicho alcohol [25].

En Instagram, los jóvenes publican fotografías consumiendo alcohol, en un ambiente festivo, discotecas, y se ha estudiado que, el observar que el grupo de pares publica este tipo de fotografías, influye, realizando las mismas conductas, sugiriendo que los jóvenes, al observar que sus amistades publican fotografías bebiendo, suben más fotos consumiendo [26].

Un estudio publicado a raíz de la pandemia por COVID-19, demostró que existen nuevas redes sociales que sirven como medio para socializar y consumir alcohol en línea (este tipo de comportamiento fue muy frecuente durante los periodos de confinamiento y restricciones) [27].

WhatsApp permite realizar videollamadas, y en Instagram se puede publicar videos en directos. Por lo tanto, sería interesante conocer si dichas videollamadas o conferencias en directo promueven el uso de alcohol, teniendo en cuenta que en los resultados obtenidos ambas son las redes sociales más utilizadas.

Por otro lado, cabe destacar que se ha obtenido una media del 4,12, con una desviación estándar del 3,799 en los resultados del Cuestionario de los trastornos debidos al consumo de alcohol, para conocer el nivel de riesgo de consumo de alcohol obtenido, se debe tener en cuenta dicha media. Esta puntuación sitúa el consumo de alcohol en una zona de riesgo I, en la cual, la intervención descrita como necesaria y útil es la educación para la salud [23].

El anexo 5 muestra los posibles niveles que se pueden obtener atendiendo a la puntuación obtenida en el AUDIT, y las intervenciones necesarias en cada caso.

Por lo tanto, al confirmar la hipótesis de que existe una posible asociación entre el uso de redes sociales y el consumo de alcohol, y teniendo en cuenta la pertinencia de realizar futuras

investigaciones que demuestren causalidad, se podría pensar que la educación en el uso correcto de las redes sociales, y una prevención de su adicción, influiría en el riesgo de consumo de alcohol.

### 8.2. Relación entre la ansiedad y la adicción a las redes sociales

Así pues, al evaluar la relación entre las redes sociales y la ansiedad, se puede observar que, a mayor obsesión por las redes sociales, mayores niveles de ansiedad presentan los participantes ( $p=0.035$  en relación con el STAI-Estado;  $p=0,007$  en relación con el STAI-Rasgo) y, por otro lado, a mayor falta de control personal en las redes sociales, también se observan

mayores niveles de ansiedad ( $p=0.005$  vs STAI-Estado;  $p=0,007$  vs STAI-Rasgo).

Esta observación concuerda con estudios previos, que demuestran que el uso de las redes sociales podría aumentar la ansiedad. Particularmente, en Reino Unido, en una investigación en la cual los participantes se tomaron un descanso de una semana sin usar redes sociales, reflejó una mejoría significativa en su bienestar, así como en la depresión y la ansiedad. Muchos de los participantes informaron de haber notado efectos positivos al haberse alejado de las redes sociales durante una semana [28].

Se han propuesto múltiples causas por las cuales es posible que las redes sociales aumenten los niveles de ansiedad. Un estudio reflejó tres principales motivos: la sobrecarga de comunicación, la comparación social provocada en las redes o el ser víctima de acoso en redes sociales [29].

Por otro lado, estudios revelan que una baja autoestima, así como una intolerancia a los estímulos displacenteros o un estilo de afrontamiento inadecuado ante las dificultades, son factores de riesgo para una mayor adicción a las redes sociales. Estos factores, a su vez, se encuentran estrechamente relacionados con la ansiedad. Por lo que una mala gestión emocional podría influir en una mayor adicción a las redes sociales [30].

Además, hay que destacar que se ha evidenciado también que, a mayor tiempo de uso de redes sociales, mayores niveles de ansiedad pueden presentarse [31].

Así pues, para futuras investigaciones, sería interesante conocer no sólo si a mayor tiempo de uso de redes sociales, mayores niveles de ansiedad, si no también, si a mayor número de redes sociales utilizadas, mayor ansiedad, pues tras una revisión de la literatura, existe una laguna de conocimiento en esta posible relación.

En cuanto a los estudiantes de Enfermería, se ha obtenido una media de uso de 3 a 4 redes sociales. Al igual que se comenta anteriormente para el consumo de alcohol, se ha podido observar una relación entre ansiedad y uso de redes sociales, pero no se determina causalidad.

Teniendo esto en cuenta, la educación en un uso de redes sociales responsable y en interven-

ciones para la prevención de la adicción a estas, podría influir en la prevención de la ansiedad.

### 8.3. Limitaciones

Este trabajo no se encuentra exento de limitaciones, que pueden dificultar la generalización de los resultados a la población universitaria, y que ponen de manifiesto la necesidad de profundizar en el estudio de la influencia de las redes sociales en ciertos aspectos de sus vidas.

En primer lugar, el tamaño de la muestra es reducido, no habiendo podido obtener el inicialmente considerado y esto se puede observar en los resultados obtenidos. Por ejemplo, al comparar la relación existente entre el Factor 1 de la Escala de Adicción a las Redes Sociales, que se refiere a la obsesión por las redes, con los síntomas de dependencia al alcohol, se obtiene un  $p$ -valor de 0,05. Para evitar obtener este resultado, que nos sitúa en una región de incertidumbre, se necesita aumentar la muestra. Por otro lado, existe una limitación ya prevista al inicio de la investigación, relacionada con la población de estudio.

Los estudiantes pertenecen a un Grado de Ciencias de la Salud, en concreto a Enfermería, por lo que es posible que su consumo de alcohol y sus hábitos de vida estén influidos por sus conocimientos en estilos de vida saludable. Esto demuestra la necesidad de futuros estudios con estudiantes de otros grados, para así poder comprobar si influye en sus hábitos de vida el Grado que estén cursando.

En último lugar, existe una limitación referida al sexo de los participantes que puede sesgar y limitar la validez externa de los resultados o la posibilidad de extrapolación general. Enfermería es una profesión con mayor proporción de mujeres: una encuesta del INE de 2020 reflejó que, de un total de 325.018 colegiados, 273.258 eran enfermeras [32].

Esto se observa en la muestra conseguida, pues se obtuvieron más respuestas de mujeres. Sería conveniente ampliar la muestra de tal forma que se pudiera realizar una estimación más real de la forma en la que influye el género en la adicción a las redes sociales. Diferentes estu-

dios ponen de manifiesto la influencia del género en el consumo de alcohol y en la publicación de fotografías o vídeos consumiendo alcohol en redes sociales, demostrando una clara desigualdad [33].

#### 8.4. Fortalezas

Este estudio presenta diferentes bondades que ponen de manifiesto la necesidad de ahondar en él.

Las redes sociales son una herramienta que han pasado a formar un papel fundamental en nuestro día a día y que, por lo tanto, resulta pertinente estudiar. Es un tema novedoso, emergente, y es importante conocer de qué forma influyen en la salud de la población.

Por otro lado, los jóvenes utilizan en mayor medida estas nuevas tecnologías. Por esta razón, el desarrollo de estudios que busquen conocer la manera en la que los jóvenes se relacionan con las redes sociales es importante.

Las variables principales estudiadas, ansiedad, redes sociales y consumo de alcohol, a priori se analizaban de forma aislada, pero, como demuestra el presente estudio, es necesario estudiarlas de manera relacionada.

Los problemas de salud de los individuos no pueden abordarse de manera aislada, son necesarios unos cuidados holísticos.

Atendiendo a los problemas de salud estudiados, ansiedad, adicción a redes sociales y consumo de alcohol, se debe destacar que presentan un abordaje sencillo en cuanto a que la prevención y la educación para la salud son los principales factores para tener en cuenta.

Prevención y educación para la salud son dos funciones principales de Enfermería, y, por lo tanto, las enfermeras, al estudiar la influencia de las redes sociales en la vida de los estudiantes universitarios, podrán realizar un abordaje mejor.

#### 9. Conclusiones

Los resultados obtenidos sugieren la existencia de relación entre la adicción a las redes sociales

y el consumo de alcohol y ansiedad en estudiantes de Enfermería de la Universidad Complutense de Madrid.

Así pues, entre los objetivos propuestos, se encontraba el conocer los patrones de consumo de alcohol, habiéndose cuantificado dichos patrones, demostrando que la media de los estudiantes se encuentra en una zona de riesgo I, cuya intervención necesaria se ha descrito como la educación sobre los riesgos asociados al consumo y/o abuso del alcohol.

Por otro lado, en cuanto al uso y adicción a las redes sociales, los estudiantes utilizan, de promedio, 3 a 4 redes y, entre ellas, las más comunes son WhatsApp e Instagram.

Teniendo en cuenta la ansiedad, los estudiantes han presentado relación directa con la obsesión por las redes sociales.

Futuras investigaciones deberían ir enfocadas a demostrar o intentar explicar la posible causalidad entre la adicción a las redes sociales y el consumo de alcohol y la ansiedad, así como procurar describir los síntomas que presentan los estudiantes al no estar conectados a las redes y determinar las horas de uso de dichas redes sociales.

Resultan necesarias próximas investigaciones en las que se pueda determinar si los resultados obtenidos en los estudiantes de enfermería son similares en estudiantes de otros grados, o si el hecho de ser estudiantes de un Grado de Ciencias de la Salud influye en los resultados.

De esta forma, se podrían diseñar intervenciones de enfermería con el objetivo de disminuir y prevenir la ansiedad y el consumo de alcohol, que abarquen la adicción a las redes sociales, pues como se ha podido poner de manifiesto en este trabajo, es posible que exista una relación entre ellas, lo que apoya la necesidad de que estos problemas de salud se traten como multifactoriales y, en su caso, con abordaje multidisciplinar.

#### 10. Consideraciones éticas

Se solicitó la evaluación del Comité de Ética del Hospital Clínico San Carlos, habiendo obtenido dictamen favorable.

El tratamiento de los datos de carácter personal está de acuerdo con el Reglamento general de protección de datos (RGPD) (Reglamento (EU) 2016/679), además de los derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación de datos (Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales).

Beneficios para los participantes: Al realizar las encuestas, los estudiantes podrán reflexio-

nar acerca de los posibles riesgos que provoca un uso de las redes sociales. Por otro lado, esto se podría considerar como un riesgo para ciertas personas, ya que conocer su nivel de adicción a las redes sociales podría ser causa de ansiedad.

Las encuestas son anónimas y no se ha recopilado información personal que permita identificar a los participantes.

Para la realización del análisis de los datos, se han numerado las encuestas con un código.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Boyd DM, Ellison NB. Social Network Sites: Definition, History, and Scholarship. *Journal of Computer-Mediated Communication* [Internet]. 2008 [citado 1 de octubre de 2021];210-30. Disponible en: <https://academic.oup.com/jcmc/article/13/1/210/4583062>
2. Flores Lagla AG, Chancusig Chisag JC, Cadena Moreano JA, Guaypatín Pico OA, Monntaluia Pulloquina RH. La influencia de las redes sociales en los estudiantes universitarios. *Boletín Redipe* [Internet]. 2017[citado 1 de octubre de 2021];6:56-65. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6119348>
3. Navarrete Villanueva D, Castel Feced S, Romanos Calvo B, Bruna Barranco I. Influencia negativa de las redes sociales en la salud de adolescentes y adultos jóvenes: una revisión bibliográfica. *Psicología y Salud* [Internet]. 2017 [citado 2 de octubre de 2021];27(2):255-67. Disponible en: <http://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/2531>
4. Ministerio de Sanidad. Estrategia de Salud Mental del Sistema Nacional de Salud. Período 2022-2026 [Internet]. 2022 [citado 9 de octubre de 2021]. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/Ministerio\\_Sanidad\\_Estrategia\\_Salud\\_Mental\\_SNS\\_2022\\_2026.pdf](https://www.sanidad.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/saludmental/Ministerio_Sanidad_Estrategia_Salud_Mental_SNS_2022_2026.pdf)
5. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Informe 2021: Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. [Internet]. Ministerio de Sanidad. Madrid; 2021 [citado 10 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://pnsd.sanidad.gob.es/>
6. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Informe sobre Adicciones comportamentales 2020: Juego con dinero, uso de videojuegos y uso compulsivo de internet en las encuestas de drogas y otras adicciones en España EDADES y ESTUDES. [Internet]. Plan nacional sobre drogas. Madrid; 2021 [citado 7 de octubre de 2021]. 68 p. Disponible en: <https://cpage.mpr.gob.es/>
7. Ahumada-Cortez JG, Gámez-Medina ME, Valdez-Montero C. El consumo de alcohol como un problema de salud pública. *RA XIMHAI* [Internet]. 2017 [citado 3 de octubre de 2021];13(32):13-24. Disponible en: <http://scielo.sld.cu>
8. Informe sobre la situación mundial del alcohol y la salud 2018. Resumen. [Internet]. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C. ; 2019 [citado 10 de octubre de 2021]. Disponible en: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51352/OPSNMH19012\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51352/OPSNMH19012_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
9. Pascual Pastor F, Reig Ruano M, Fontoba Ferrándiz J, García del Castillo-López A. Alcohol y violencia. *Health and Addictions* [Internet]. 2011 [citado 13 de octubre de 2021];11(1):71-94. Disponible en: [www.haaj.org](http://www.haaj.org)
10. Bernabéu Brotóns E, de la Peña Álvarez C. Vista de Repercusiones cognitivas del consumo de alcohol en universitarios: un estudio preliminar. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology* [Internet]. 2019 [citado 18 de octubre de 2021];17(3):609-38. Disponible en: <https://ojs.ual.es/ojs/index.php/EJREP/article/view/2643/3164>

11. Fernández Alonso V, Corral Liria I. Consumo de alcohol y género: diferencias desde la perspectiva de los profesionales de enfermería. *Nure Inv* [Internet]. 2018 [citado 18 de octubre de 2021];15(96):1-15. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6612350>
12. Valencia Martín JL, Galán I, Segura García L, Camarelles Guillem F, Suárez Cardona M, Brime Beteta B, et al. Episodios de consumo intensivo de alcohol "Binge Drinking": Retos en su definición e impacto en salud. *Rev Esp Salud Pública* [Internet]. 2020 [citado 19 de octubre de 2021];94:1-17. Disponible en: [www.msbs.es/resp](http://www.msbs.es/resp)
13. Ramírez Espinola AF. Trastorno de ansiedad generalizada como factor de riesgo para abuso de sustancias psicoactivas en universitarios [Internet]. [Perú]: Universidad Privada Antenor Orrego; 2020 [citado 20 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://hdl.handle.net/20.500.12759/6409>
14. Ortuño Sánchez-Pedreño. Ansiedad [Internet]. [citado 22 de octubre de 2021]. Disponible en: <https://www.cun.es/enfermedades-tratamientos/enfermedades/ansiedad>
15. Martínez-Otero Pérez V. Ansiedad en estudiantes universitarios: estudio de una muestra de alumnos de la Facultad de Educación. *ENSAYOS Revista de la Facultad de Educación de Albacete* [Internet]. 2014 [citado 25 de octubre de 2021];29(2):63-78. Disponible en: <https://revista.uclm.es/index.php/ensayos/article/view/384/562>
16. Ramón-Arhués E, Martínez Abadía B, Granada López JM, Echániz Serrano E, Pellicer García B, Juárez Vela R, et al. Eating behavior and its relationship with stress, anxiety, depression, and insomnia in university students. *Nutricion Hospitalaria* [Internet]. 2019 [citado 27 de octubre de 2021];36(6):1339-45. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31657605/>
17. Fat Ng L, Cable N, Kelly Y. Associations between social media usage and alcohol use among youths and young adults: findings from Understanding Society. *Addiction* [Internet]. 2021 Nov 1 [citado 27 de octubre de 2021];116(11):2995-3005. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33886119/>
18. Curtis BL, Lookatch SJ, Ramo DE, McKay JR, Feinn RS, Kranzler HR. Meta-Analysis of the Association of Alcohol-Related Social Media Use with Alcohol Consumption and Alcohol-Related Problems in Adolescents and Young Adults. *Alcohol Clin Exp Res* [Internet]. 2018 Jun 1 [citado 27 de octubre de 2021];42(6):978-86. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29786874/>
19. Savolainen I, Oksanen A, Kaakinen M, Sirola A, Miller BL, Paek HJ, et al. The association between social media use and hazardous alcohol use among youths: A four-country study. *Alcohol and Alcoholism* [Internet]. 2020 Feb 7 [citado 28 de octubre de 2021];55(1):86-95. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31761930/>
20. Echeburua E, de Corral P. Adicción a las nuevas tecnologías y a las redes sociales en jóvenes: un nuevo reto. *Adicciones* [Internet]. 2010 [citado 3 de noviembre de 2021];22(2):91-5. Disponible en: <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/196/0>
21. Ecurra Mayaute M, Salas Blas E. Construcción y validación del cuestionario de adicción redes sociales (ARS). *LIBERABIT* [Internet]. 2014 [citado 3 de noviembre de 2021];20(1):73-91. Disponible en: <http://www.eluniversal.com.mx/notas/>
22. Guillén Riquelme A. Validación de la adaptación española del state-trait anxiety inventory en diferentes muestras españolas [Internet]. [Granada]: Universidad de Granada; 2014 [citado 3 de noviembre de 2021]. Disponible en: <https://digibug.ugr.es/handle/10481/34045>
23. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, Monteiro MG. AUDIT. Cuestionario de Identificación de los Trastornos debido al Consumo de Alcohol. Pautas para su utilización en Atención Primaria. [Internet]. 2011 [citado 3 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/331321>
24. Cavazos-Rehg PA, Krauss MJ, Sowles SJ, Bierut LJ. "Hey Everyone, I'm Drunk." An Evaluation of Drinking-Related Twitter Chatter. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs* [Internet]. 2015 Jul 1 [citado 3 de mayo de 2022];76(4):635. Disponible en: [pmc/articles/PMC4495081/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/254495081/)
25. Romo-Avilés N, García-Carpintero MÁ, Pavón-Benítez L. Not without my mobile phone: alcohol binge drinking, gender violence and technology in the Spanish culture of intoxication. *Drugs: Education,*

- Prevention and Policy [Internet]. 2020 Mar 3 [citado 3 de mayo de 2022];27(2):154-64. Disponible en: <https://doi.org/10.1080/09687637.2019.1585759>
26. Rodríguez García C. Relaciones entre consumo de alcohol, uso de Instagram y estilos de vida juveniles. Un estudio de caso entre los adolescentes de Don Benito (Badajoz). [Internet]. [Madrid]: Universidad Complutense de Madrid; 2018 [citado 7 de mayo de 2022]. Disponible en: [https://www.ucm.es/data/cont/docs/506-2018-11-16-TFM\\_CELIA%20RODR%C3%8DGUEZ%20GARC%C3%8DA.pdf](https://www.ucm.es/data/cont/docs/506-2018-11-16-TFM_CELIA%20RODR%C3%8DGUEZ%20GARC%C3%8DA.pdf)
  27. Duncan T, Dwyer R, Savic M, Pennay A, MacLean S. 'Super googs on a Zoom, are you kidding me?': The pleasures and constraints of digitally-mediated alcohol and other drug consumption. *Drug and Alcohol Review* [Internet]. 2021 [citado 3 de mayo de 2022]; Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/dar.13415>
  28. Una semana sin redes sociales mejora la salud mental, reduce la ansiedad y la depresión [Internet]. [citado 4 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.proquest.com/docview/2671526086?parentSessionId=garXJRdloq%2BwmPZqKgziyuB%2FqT1BK5Yb0KuIXEzC2E%3D&accountid=14514>
  29. García-Montes JM, Miani Danza OG, Sánchez-Sánchez LDC. Exploración preliminar sobre las variables psicológicas implicadas en la adicción a redes sociales on-line. *Adicciones* [Internet]. 2022 [citado 7 de mayo de 2022];1-10. Disponible en: <https://www.adicciones.es/index.php/adicciones/article/view/1745>
  30. Echeburúa Odriozola E. Factores de riesgo y factores de protección en la adicción a las nuevas tecnologías y redes sociales en jóvenes y adolescentes. *Revista Española de Drogodependencias* [Internet]. 2012 [citado 7 de mayo de 2022];37(4):435-47. Disponible en: [https://www.aesed.com/descargas/revistas/v37n4\\_5.pdf](https://www.aesed.com/descargas/revistas/v37n4_5.pdf)
  31. Gil Vera VD, Quintero López C. Anxiety and depression resulting from the abuse of social networks: a relational analysis Ingeniería de Software View project. In: Congreso Salud. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/350499466\\_Anxiety\\_and\\_depression\\_resulting\\_from\\_the\\_abuse\\_of\\_social\\_networks\\_a\\_relational\\_analysis](https://www.researchgate.net/publication/350499466_Anxiety_and_depression_resulting_from_the_abuse_of_social_networks_a_relational_analysis)

**ANEXO 1. Prevalencia de posible uso compulsivo de internet (Puntuación CIUS  $\geq$  28)**

	Prevalencia de posible uso compulsivo de internet (Puntuación CIUS $\geq$ 28)	
	Hombre	Mujer
2015	2,8	3,1
2018	3,1	2,8
2020	3,9	3,5

**Fuente:** Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Informe sobre Adicciones comportamentales 2020: Juego con dinero, uso de videojuegos y uso compulsivo de internet en las encuestas de drogas y otras adicciones en España EDADES y ESTUDES.

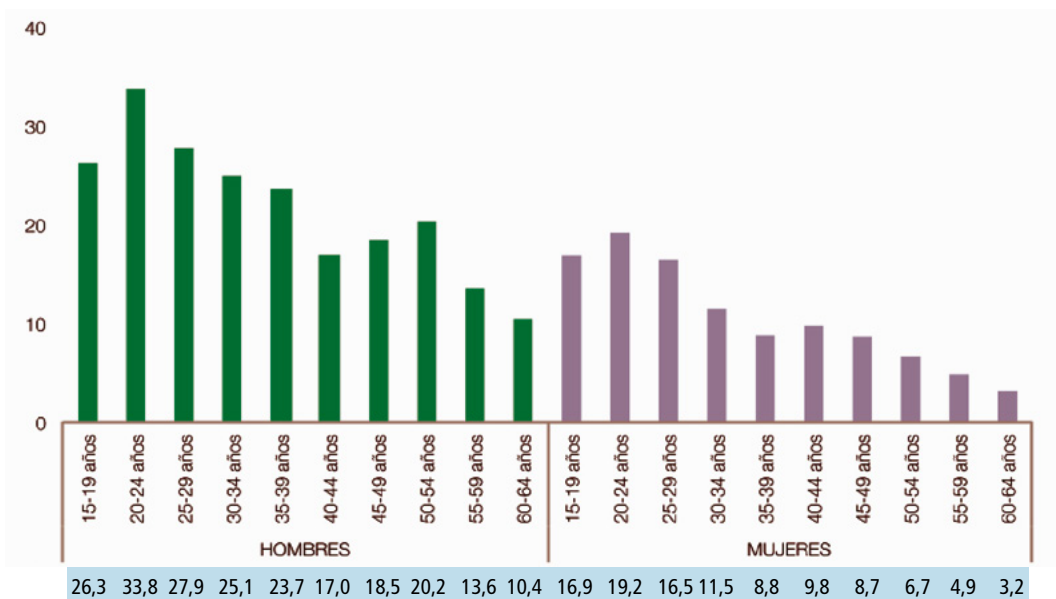


## ANEXO 2. Prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas en la población de 15-64 años, según edad y sexo (%). España, 2019/2020

	15-64 años			15-24 años			25-34 años			35-44 años			45-54 años			55-64 años		
	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M	T	H	M
Alguna vez en la vida	93,0	95,5	90,4	88,7	90,2	87,1	93,9	96,1	91,7	93,1	95,3	90,9	94	96,1	91,9	93,8	98,3	89,3
Últimos 12 meses	77,2	82,7	71,6	79,3	81,9	76,7	79,2	86,1	72,3	77,9	82,7	73,0	76,7	81,6	71,9	73,6	81,6	65,6
Últimos 30 días	63,0	72,0	53,9	61,8	68,0	55,1	64,7	75	54,3	62,9	70,9	54,6	64,3	72,5	56,4	61	73,2	48,9
A diario en los últimos 30 días	8,8	14,2	3,4	1,3	1,9	0,6	4,0	6,1	1,8	8,4	13,5	3,1	10,9	18,0	4,0	16,6	26,8	6,5
Nunca	7,0	4,5	9,6	11,3	9,8	12,9	6,1	3,9	8,3	6,9	4,7	9,1	6,0	3,9	8,1	6,2	1,7	10,7

Fuente: Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Informe 2021: Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España.

### ANEXO 3. Prevalencia de consumo de alcohol en atracón (binge drinking) en los últimos 30 días en la población de 15-64 años, según edad y sexo (%). España, 2019/2020



Fuente: Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Informe 2021: Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España.

### ANEXO 4. Encuesta

#### Influencia del uso de las redes sociales en el consumo de alcohol y la ansiedad en estudiantes de Enfermería de la Universidad Complutense de Madrid: estudio descriptivo observacional

Trabajo de Fin de Máster Universitario en Investigación en Cuidados de Salud, Universidad Complutense de Madrid.

Almudena Buerba Díaz, graduada en Enfermería.

#### \*Obligatorio

1. A continuación usted va a responder a una encuesta relacionada con la influencia del uso de las redes sociales en el consumo de alcohol y la ansiedad en población universitaria que forma parte del Trabajo de Fin de Máster que tiene como título: Influencia del uso de las redes sociales en el consumo de alcohol y la ansiedad en estudiantes de Enfermería de la Universidad Complutense de Madrid: estudio descriptivo observacional. El objetivo del estudio es describir la relación entre el uso de redes sociales y el consumo de alcohol y niveles de ansiedad en estudiantes del Grado de Enfermería de la Universidad Complutense de Madrid, a través de tres encuestas que forman parte de este cuestionario. El tratamiento de los datos de carácter personal se encuentra de acuerdo con el Reglamento general de protección de datos (RGDP) (Reglamento (EU) 2016/679), además de los derechos de acceso, rectificación, oposición y cancelación de datos (Ley Orgánica 3/2018 de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales. Esta encuesta es completamente anónima. ¿Desea continuar?

Marca solo un óvalo:

Sí  No

**AVISO IMPORTANTE:** Si usted contesta desde el móvil, es muy probable que no pueda ver toda la pantalla y todas las opciones de respuesta. Por favor, **gire la pantalla** para asegurarse de que ha leído todo el texto y/o coloque el móvil en horizontal para facilitar la lectura.

## ANEXO 5. Niveles de riesgo de consumo de alcohol

Nivel de riesgo	Intervención	Puntuación del AUDIT*
Zona I	Educación sobre el alcohol	0-7
Zona II	Consejo simple	8-15
Zona III	Consejo simple más terapia breve y monitorización continuada	16-19
Zona IV	Derivación al especialista para una evaluación diagnóstica y tratamiento	20-40

\* El valor de corte de la puntuación del AUDIT puede variar ligeramente dependiendo de los patrones de consumo del país, el contenido de alcohol de las bebidas habituales y el tipo de programa de screening. El juicio clínico debe ejercitarse en los casos en los que la puntuación del paciente no sea consistente con otras evidencias, o si el paciente tiene antecedentes de dependencia del alcohol. También puede ser conveniente revisar las respuestas del paciente a las preguntas individuales relacionadas con síntomas de dependencia (preguntas 4, 5 y 6) y problemas relacionados con el alcohol (preguntas 9 y 10). Proporcione el nivel máximo de intervención a los pacientes que puntúan 2 o más en las preguntas 4, 5 y 6, o 4 en las preguntas 9 y 10.

**Fuente:** AUDIT: cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol: pautas para su utilización en atención primaria.