

PULSO

Revista científica del
Colegio Oficial de Enfermeras de Navarra
Nafarroako Erizainen Elkargo Ofiziala

VOL. 2 - Nº 1
junio 2025



COLEGIO OFICIAL DE ENFERMERAS DE NAVARRA NAFARROAKO ERIZAINEN ELKARGO OFIZIALA

SUMARIO

EDITORIAL

Papel de la enfermera en situación de catástrofes

Antonio Pérez Alonso 2

**El aumento en la demanda de los servicios de urgencias:
un desafío urgente para la salud pública**

Oihane Vieira Galán 4

REVISIONES

**Regulación de la dotación de enfermeras en residencias para mayores en España:
claves para una atención de calidad**

Gustavo Adolfo Pimentel-Parra, Arantxa Bujanda Sainz de Murrieta,
Eva María Juez-Sarmiento Brito, Elena Rincón Ayensa, Paula Escalada Hernández 6

Liderazgo femenino: inequidad de género en la alta gestión enfermera

Lorea Soberanas Izco y Marta Ferraz Torres 21

**Estrategias de afrontamiento después del trasplante cardíaco:
implicación en la calidad de vida**

Mari Mar Sarasa Monreal, Rebeca Manrique Antón, Leticia Jimeno San Martín¹ 37

PULSO

VOL. 2 - Nº 1
junio 2025



Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España

Edita y dirige: Colegio Oficial de Enfermeras de Navarra Nafarroako Nafarroako Erizainen Elkargo Ofiziala

Editora: Cristina García-Vivar

Direcciones:

PAMPLONA Pintor Maeztu, 4-1º • 31008 Pamplona Tel. 948 251 243

TUDELA Blanca de Navarra, 8 • 31500 Tudela Tel. 948 411 578

<https://revistapulso.coenav.com>
trabajospulso@coenav.com

EDITORIAL

Papel de la enfermera en situación de catástrofes

Antonio Pérez Alonso¹

1. Enfermero. Jefe de sección emergencias y transporte sanitario.
Subdirección de Urgencias de Navarra.
Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

Correspondencia: Antonio Pérez Alonso (antonio.perez.alonso@navarra.es)

Citación: Pérez Alonso A, Papel de la enfermera en situación de catástrofes. RevPuls 2025; 2(1)

El pasado 14 de noviembre de 2024 la naturaleza volvió a recordarnos lo vulnerables que somos ante su fuerza. La DANA llegó para imponerse a nuestras efemérides diarias y recordarnos de nuevo que las cosas no ocurren hasta que ocurren y que los humanos somos obtusos porque las medidas correctivas son tardías y para cuando se ponen en marcha tenemos que enfrentarnos con medios escasamente dimensionados ante la fatalidad.

Hechos como los sucedidos en la Comunidad Valenciana, poblaciones de Castilla La Mancha y Aragón, refuerzan la importancia de que las instituciones gubernamentales trabajen en un sistema de prevención y protección civil robusto que permita la integración de las ayudas de las diferentes autonomías y del estado de una manera ágil, integrando planes territoriales locales y autonómicos con los de mayor nivel de aplicación de ámbito estatal.

Y es que un día, la inestabilidad meteorológica produce destrozos sin igual llevándose por delante infraestructuras, vivienda y lo que resulta más triste de todo, vidas humanas, sin capacidad de reacción más allá de resignarnos a encontrar el momento de desplegar nuestros servicios de emergencia para mitigar el impacto secundario y terciario sobre los lugares y sus gentes.

Entre los pilares fundamentales que se afectan ante catástrofes naturales se encuentra la salud de la población. Es por ello que debemos recordar que el papel de los sanitarios en general y de las enfermeras en particular ante situaciones catastróficas sobrevenidas

resulta de vital importancia para garantizar el cuidado de los pacientes agudos derivados del suceso. De igual manera también lo son para el control de los pacientes crónicos y sus reagudizaciones, que sufren las consecuencias derivadas de la caída parcial o total del sistema de salud local, y para establecer las medidas preventivas necesarias para minimizar las consecuencias para la salud pública del área afecta en interrelación y coordinación con otros estamentos y profesionales.

En las primeras 24-72 horas resulta crítica la intervención de equipos de rescate que disminuyan la morbimortalidad de atrapados, heridos y desaparecidos. En estos equipos, la integración de personal sanitario facilita la aplicación de medidas de emergencia desde el primer minuto, favoreciendo la supervivencia de aquellos que precisan tratamiento inmediato.

Recordemos que el acceso a las víctimas está dificultado por la caída de infraestructuras e inoperatividad de las vías de comunicación, así como la viabilidad de uso de medios de transporte sanitario y no sanitario al uso.

Tras esta fase inicial, comienza una fase de asistencia secundaria en la que los esfuerzos se enfocan en mitigar los daños de la patología aguda que haya podido aparecer en las víctimas, a la vez que se trata de evitar la reagudización de la crónica, que va sufrir su aumento de incidencia progresiva a lo largo de las semanas posteriores hasta el restablecimiento principalmente de los servicios de atención primaria y comunitaria y de la dispensación farmacéutica normalizada.

Todo esto hace que las condiciones asistenciales sean cuanto menos poco favorables para desarrollar una actividad asistencial ordinaria y ordenada, lo que implica la necesidad de especializarse para trabajar ante estas situaciones de adversidad y poseer los conocimientos necesarios para organizar un sistema de salud afecto que precisará de medidas extraordinarias para su restablecimiento.

El consejo internacional de enfermeras (CIE) definió en el 2022 las competencias centrales para las enfermeras que trabajan en situaciones de catástrofes. Estas se enmarcan en un nivel III competencial equivalente a enfermera de práctica avanzada-especialista en catástrofes y adaptándose a las recomendaciones internacionales y estándares solicitados por la Organización Mundial de la Salud (OMS), a raíz de los análisis posteriores realizados a la actuación sanitaria del terremoto de Haití en 2010 o de la crisis del ébola en África en el año 2014 entre otros.

Fue entonces cuando se determinó que era necesario garantizar la estandarización y la calidad asistencial de los equipos de respuesta médica que acudían a este tipo de situaciones, solicitando una acreditación a las organizaciones y profesionales que participan en los despliegues específicos en zona catastrófica. Toda ayuda no es éticamente válida en cualquier situación, por lo que los gobiernos y diferentes organismos que participan en el despliegue de ayuda humanitaria deben cumplir con los requisitos que entidades superiores determinen. Algunos vivimos en primera persona la desorganización asistencial presente en las catástrofes previamente nombradas y podemos confirmar personalmente que la profesionalización y organización estandarizada de los sanitarios es la única forma de terminar con situaciones de “turismo sanitario”, situaciones en las que prevalece las ganas de ayudar en un evento crítico frente a garantizar una asistencia plena y correcta sin asumir riesgos personales ni institucionales.

Son muchas las enfermeras navarras que ya colaboran con organizaciones no gubernamentales que se dedican a la ayuda humanitaria y realizan asistencia de pacientes en grandes catástrofes. Algunas de ellas forman parte del Equipo Técnico Español de Ayuda y Respuesta en Emergencias (START-Spanish Technical Aid Response Team) de la Agencia Española de Cooperación Internacional. Este equipo compuesto mayoritariamente por personal sanitario, expertos en saneamiento de aguas y logística, forma parte de la respuesta que ofrece la OMS y el Mecanismo Europeo de Protección Civil como parte de su mecanismo de respuesta ante la catástrofe y emergencias de salud pública, principalmente fuera de nuestras fronteras.

Para conocimiento del lector, el equipo START dispone de convenios específicos con los diferentes sistemas de salud autonómicos permitiendo el despliegue y participación de sus profesionales, habiendo optado estos previamente a un proceso de selección que se publica en la web del Ministerio de Sanidad cada cierto tiempo, siendo esta opción de cooperación internacional una opción interesante de valorar.

Pero de nada sirven las iniciativas locales, autonómicas y nacionales si no disponemos de mecanismos de coordinación adecuados que ejerzan sus funciones de canalización de la ayuda que todos, como profesionales de la salud, queremos ofrecer ante situaciones como las vividas y a los hechos me remito cuando la política y la autonomía territorial limita la transferencia ágil de la esta. Eso sí, siempre realizándose de manera organizada para no convertirse en parte del problema sino en parte de la solución.

En este contexto de ayuda a los afectados por la DANA, han sido múltiples los ofrecimientos de las enfermeras de nuestra Comunidad Foral para colaborar de manera desinteresada en las áreas afectadas y desde el servicio de emergencias del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea se ha canalizado con personal voluntario en la medida en que la que hemos sido requeridos desde las comunidades afectadas.

Es el momento de reflexionar como enfermeras acerca de nuestra preparación para actuar ante situaciones desastrosas sobrevenidas. Conocer y analizar nuestras capacidades asistenciales y forzarlas analíticamente al extremo nos permite establecer planes de contingencia adaptados a nuestros riesgos internos y externos. De igual manera, formarnos en esta temática está en la voluntad de cada uno de nosotros, pero posiblemente resulte inevitable no hacerlo desde un punto de vista ético ante la proximidad y alcance de los hechos acontecidos en los últimos meses. Es evidente que la cooperación y la ayuda ante grandes catástrofes no tiene por qué darse siempre en un contexto internacional.

Podemos volver a confiar en que no vuelva a ocurrir o aprender de nuestros errores y necesidades para estar preparados ante posibles eventos futuros.

Sirva este editorial como homenaje a todos los afectados por la DANA directa o indirectamente y a los sanitarios que han dado, dan y darán parte de su tiempo para reestablecer la normalidad en todas las áreas afectadas, acercando el cuidado especializado de una enfermera allá donde se necesite.

EDITORIAL

El aumento en la demanda de los servicios de urgencias: un desafío urgente para la salud pública

Oihane Vieira Galán¹

1. Licenciada en Derecho. Graduada en Enfermería. Jefa de Área de Enfermería de Cuidados en Procesos Críticos y Urgentes del Hospital Universitario de Navarra.

Correspondencia: Oihane Vieira Galán (oihane.vieira.galan@navarra.es)

Citación: Vieira Galán O, El aumento de la demanda de los servicios de urgencias: un desafío urgente para la salud pública. RevPuls 2025; 2(1)

En los últimos años, los servicios de urgencias hospitalarios han experimentado un incremento continuado en la demanda, un fenómeno que ha generado tensiones significativas tanto en nuestro sistema de salud como en los de nuestro entorno. Esta tendencia, impulsada por factores demográficos, sociales y estructurales, plantea interrogantes importantes sobre la sostenibilidad de los servicios sanitarios y la calidad de la atención ofrecida.

Uno de los principales motivos de esta creciente demanda es el envejecimiento de la población. El aumento en la esperanza de vida y la prevalencia de enfermedades crónicas ha supuesto una sobrecarga en los centros de Atención Primaria que deberían actuar como el primer filtro para la mayoría de consultas. Por otro lado, los adultos jóvenes, a pesar de no ser un grupo vulnerable, a menudo recurren a los servicios de urgencias debido a la falta de alternativas viables o a la necesidad de una evaluación inmediata.

Cuando los pacientes se enfrentan a largas esperas para obtener citas con sus profesionales de Atención Primaria, se ven obligados a buscar soluciones rápidas en los servicios de urgencias, incluso para condiciones que no son verdaderas emergencias. Este desvío de casos no urgentes genera saturación, retrasa la atención de quienes realmente lo necesitan y disminuye la eficiencia global del sistema.

Otro factor relevante es la percepción social del concepto de urgencia. En ocasiones, los pacientes recurren a estos servicios no solo por la gravedad de sus síntomas, sino por la confianza en la disponibilidad de recursos tecnológicos avanzados y personal especializado. Esta percepción, aunque comprensible, no siempre coincide con el uso racional del sistema, lo que agrava la congestión de las urgencias.

El impacto de esta saturación es profundo. Los tiempos de espera prolongados, el agotamiento del personal sanitario y el aumento del riesgo de errores son algunas de las consecuencias más evidentes. Además, la calidad del cuidado puede verse comprometida, afectando tanto a los pacientes que requieren atención inmediata como a aquellos que, debido a la saturación, son relegados a un segundo plano.

Ante este panorama, es crucial implementar estrategias que permitan abordar la problemática de manera integral en relación con:

- Fortalecimiento de la atención primaria, aumentando la disponibilidad de citas y reforzando la educación para el autocuidado.
- Implementación de campañas de educación a la población sobre el uso adecuado de los servicios de urgencias.

- La integración de tecnologías, como la telemedicina, que podría ser una herramienta valiosa para descongestionar los hospitales, permitiendo consultas rápidas y orientaciones médicas remotas.

- Estrategias de derivación inversa, derivando al nivel asistencial más útil los casos previamente consensuados. Sin embargo hay que tener en cuenta las limitaciones que pueden tener este tipo de estrategias aún poco exploradas:

- Falta de comunicación entre niveles asistenciales
- Sistemas informáticos no compartidos
- Saturación de la atención primaria

- Resistencia de los pacientes (algunos pacientes perciben los servicios de urgencias como más accesibles o confiables que la atención primaria, lo que puede dificultar la aceptación de la derivación).

En definitiva, el aumento de la demanda en los servicios de urgencias es un síntoma de un sistema que necesita adaptarse a los cambios demográficos y sociales actuales. Solo mediante un enfoque coordinado será posible garantizar que estos servicios sigan cumpliendo su propósito fundamental: brindar atención oportuna, eficiente y de calidad a quienes lo necesitan de manera urgente.

REVISIONES

Regulación de la dotación de enfermeras en residencias para mayores en España: claves para una atención de calidad

Gustavo Adolfo Pimentel-Parra¹

Arantxa Bujanda Sainz de Murrieta¹

Eva María Juez-Sarmiento Brito²

Elena Rincón Ayensa²

Paula Escalada Hernández¹

1. Universidad Pública de Navarra. Departamento de Ciencias de la Salud.

2. Colegio Oficial de Enfermeras de Navarra

Correspondencia: Arantxa Bujanda Sainz de Murieta
(arantxa.bujanda@unavarra.es)

Citación: Pimentel-Parra G, Bujanda Sainz de Murieta A, Juez-Sarmiento Brito, E, Rincón Ayensa E, Escalada Hernández P. Regulación de la dotación de enfermeras en residencias para mayores en España: claves para una atención de calidad. RevPuls 2025; 2(1)

Financiación: El presente trabajo ha sido financiado por el Colegio Oficial de Enfermeras de Navarra.



RESUMEN

Introducción:

El envejecimiento de la población en España va en aumento, siendo un recurso cada vez más fundamental la atención en los centros residenciales para personas mayores. Sin embargo, la dotación de profesionales y la normativa que lo regula no sigue unos criterios homogéneos.

Objetivo:

Presentar la regulación vigente en lo que respecta a la dotación de enfermeras en los centros residenciales en España, con especial énfasis a la normativa de la Comunidad Foral de Navarra.

Metodología:

Se realizó una revisión narrativa de las normativas vigentes a nivel nacional y autonómico en España mediante una búsqueda sistemática en bases de datos académicas y sitios web oficiales de instituciones gubernamentales y organizaciones de salud. Se organizó por comunidades autónomas para compararlas y se contextualizó en el marco de las recomendaciones internacionales.

Resultados:

Las normativas en España son dispares entre comunidades autónomas, careciendo de un estándar nacional que garantice una dotación adecuada de enfermeras. En países como Australia y Estados Unidos, existen requisitos mínimos que aseguran una mayor presencia de enfermeras en centros residenciales, siguiendo estándares internacionales. A nivel nacional, no hay un cálculo específico para la figura de las enfermeras dentro de las ratios establecidas para el personal de atención directa, pero se presume insuficiente. La falta de personal especializado puede comprometer la calidad de los cuidados, especialmente en casos de alta dependencia o complejidad clínica.

Conclusiones:

La regulación actual en España no garantiza una dotación de enfermeras suficiente para atender adecuadamente a la población envejecida. Es necesario revisar la normativa y establecer un mínimo obligatorio de enfermeras por residente para asegurar una atención de calidad

Palabras clave: Población mayor; ratio enfermera-paciente; normativa; centros residenciales para mayores.

ABSTRACT

Introduction:

The aging of the population in Spain is increasing, with care in residential centers for the elderly being an increasingly fundamental resource. However, the provision of professionals and the regulations governing it do not follow homogeneous criteria.

Objective:

To present the current regulations regarding nurse staff in residential care centers in Spain, with special emphasis on the regulations of the Autonomous Community of Navarra.

Methodology:

A narrative review of national and regional regulations in Spain was conducted through a systematic search in academic databases and official websites of government institutions and health organizations. Regulations were organized by autonomous communities for comparative analysis and contextualized within the framework of international recommendations.

Results:

The regulations in Spain vary from one autonomous community to another, lacking a national standard that guarantees an adequate number of nurses. In countries such as Australia and the United States, there are minimum requirements that ensure a greater presence of nurses in residential centers, following international standards. At the national level, there is no specific calculation for nurses within the ratios established for direct care staff, but it is presumed to be insufficient. The lack of specialized staff may compromise the quality of care, especially in cases of high dependency or clinical complexity.

Conclusions:

Current regulations in Spain do not guarantee a sufficient number of nurses to adequately care for the aging population. It is necessary to review the regulations and establish a mandatory minimum number of nurses per resident to ensure quality care.

Keywords: Elderly population; nurse-patient ratio; regulations; residential care facilities for the elderly

INTRODUCCIÓN

En las últimas décadas el envejecimiento poblacional ha aumentado considerablemente. En los países de la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos (OECD, por sus siglas en inglés Organisation for Economic Co-operation and Development) casi se duplicó el porcentaje de población mayor de 65 años entre 1960 y 2019, con un incremento de más del 17%. Concretamente, en los 38 países miembros de la OECD, las personas de 65 años y más superaban los 232 millones en 2019, 62 millones tenían al menos 80 años¹.

Este incremento refleja que la población de personas mayores (de 65 años o más) representa una proporción cada vez mayor, lo cual está directamente ligado con la disminución de la natalidad y el aumento de la esperanza de vida. En el caso de España, en 2022 el índice de envejecimiento poblacional alcanzó su máximo histórico con un porcentaje de 133,5%, lo que equivalen a 133 mayores de 65 años por cada 100 menores de 16 años. A su vez, la tasa de dependencia de personas de 65 años o más, con un valor de 31% en 2022, continúa creciendo². Se estima que estas cifras sigan empeorando, lo que conllevaría múltiples consecuencias sociales y sanitarias, entre las que se destacan la insostenibilidad del sistema de pensiones³ y el incremento del gasto sanitario derivado del aumento de la discapacidad y la dependencia^{4,5}.

El crecimiento de la población anciana, junto con el aumento de las tasas de discapacidad y dependencia, ha aumentado la demanda de atención institucional de larga duración en la mayoría de los países de la OECD⁶. En nuestro contexto, la atención institucional de larga duración para las personas mayores es ofrecida por centros que reciben diferentes denominaciones como centros socio-sanitarios, residencias de ancianos o centros de larga estancia. El Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imserso) define el término “centros residenciales para personas mayores” como aquellos establecimientos que prestan una atención residencial, con un enfoque biopsicosocial, que incluye servicios continuados para la asistencia personal y la atención sanitaria⁷.

El personal en los centros residenciales para personas mayores ofrece servicios básicos como alojamiento, manutención o asistencia en las actividades básicas de la vida diaria y servicios especializados de atención sanitaria y social, que incluyen atención médica, de enfermería, psicológica y social, así como terapia ocupacional y rehabilitación funcional⁷. Para ello, las plantillas de estos centros se organizan en personal de atención indirecta, que incluye al personal de

servicios generales, y personal de atención directa, integrado por equipos interdisciplinares que realizan labores asistenciales y prestan cuidados directos a los residentes⁸. Los profesionales incluidos en estos equipos son enfermeras, fisioterapeutas, médicos, psicólogos, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales y personal técnico auxiliar como auxiliares de clínica, auxiliares de geriatría/gerocultores o similares^{8,9}. Estos equipos interdisciplinares deben trabajar de forma coordinada y complementaria para asegurar un abordaje integral de las necesidades biopsicosociales de las personas mayores⁹.

Las enfermeras (en este artículo se utilizará este término para referirse a enfermeras o enfermeros profesionales con título universitario en Enfermería) juegan un papel clave en los equipos interdisciplinares de los centros residenciales para personas mayores. La evidencia demuestra que su labor contribuye a la mejora del seguimiento de los residentes, a la disminución de la utilización de otros recursos sanitarios, reducción del número de hospitalizaciones y a la racionalización del gasto farmacéutico, entre otros¹⁰⁻¹².

El rol de las enfermeras en los centros residenciales es multifacético. Por un lado, su práctica clínica se desarrolla a través de la valoración del estado de salud y las necesidades de cuidado de las personas residentes, lo que supone y planificación, ejecución y evaluación de los cuidados y atención enfermera. Además de desempeñar un papel clave en la relación con las familias, brindando apoyo y orientación. A esto se suma que las enfermeras supervisan y coordinan la atención prestada por el personal técnico auxiliar en las actividades básicas de la vida diaria de los residentes¹³. En esta función, garantizan la continuidad y coordinación en el cuidado de las personas residentes, colaborando estrechamente con el equipo interdisciplinar, en la supervisión del control de las infecciones y en el desarrollo e implementación de programas para la mejora de la calidad asistencial^{11,12}.

Frente al incremento de la demanda de la atención institucional de larga duración en los centros residenciales, los sistemas sanitarios se enfrentan a una carestía de profesionales cualificados en estos centros, siendo especialmente significativa la escasez de enfermeras. Esta situación se traduce en plantillas insuficientemente dotadas de enfermeras, lo que dificulta la prestación de una atención que cumpla con los estándares de calidad requeridos para garantizar la seguridad y el bienestar del paciente, así como una atención centrada en los residentes^{1,6,14}.

OBJETIVO

Presentar la regulación vigente en lo que respecta a la dotación de enfermeras en los centros residenciales en España, con especial énfasis a la normativa de la Comunidad Foral de Navarra.

METODOLOGÍA

En esta revisión narrativa, se ha llevado a cabo una búsqueda y análisis de la legislación, normativas y directrices pertinentes a nivel nacional y autonómico. La elección de este enfoque se justifica por la necesidad de contextualizar y sintetizar la información normativa de manera comprensible, teniendo en cuenta la diversidad de regulaciones existentes en las diferentes comunidades autónomas de España.

Estrategia de búsqueda y proceso de selección de la información

La estrategia de búsqueda se centró en la identificación de documentos legales, informes técnicos, guías y estudios previos relevantes. Se implementó un enfoque sistemático, comenzando con una búsqueda preliminar en bases de datos académicas y sitios web oficiales de instituciones gubernamentales y organizaciones de salud.

La selección de la información se realizó en varias fases:

1. Identificación de normativas relevantes: Se elaboró una lista de normativas significativas a nivel nacional y autonómico, priorizando aquellas que impactan directamente en la dotación de enfermeras en los centros residenciales.

2. Lectura crítica: Se llevó a cabo una lectura crítica de los documentos seleccionados para extraer la información más pertinente en relación con los objetivos de la revisión.

Síntesis y análisis de la información

La información recopilada fue organizada y sintetizada por comunidades autónomas para destacar las similitudes y diferencias en la regulación vigente. Se realizó un análisis comparativo para identificar posibles discrepancias o vacíos normativos a nivel nacional. Además, se contextualizó la regulación española, y navarra, en el marco de las recomendaciones internacionales y las mejores prácticas reconocidas en la atención residencial.

RESULTADOS

Regulación del personal de atención directa en los centros residenciales internacionales

Numerosos países han regulado los niveles mínimos de personal en los equipos que prestan cuidados directos o atención directa, y concretamente la dotación de enfermeras, para dar garantía en la calidad de la atención en los centros residenciales^{15,16}; entre ellos, España^{17,18}.

Para que se alcancen los estándares mínimos de calidad de la atención, no basta solamente con incrementar el número de profesionales dentro del personal de atención directa^{19,20}, también es necesario mejorar la composición del personal, la cual está relacionada con la calidad de la atención institucional de larga duración^{12,21}. La composición se refiere a la combinación o tipos de profesionales dentro de los equipos (por ejemplo, enfermeras y otro personal técnico auxiliar como técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, gerocultoras, etc.), que se relaciona con el nivel educativo y certificaciones profesionales²¹. Un aspecto clave en la composición de los equipos interdisciplinarios que ofrecen atención directa en estos centros es el número de enfermeras tituladas.

En esta línea, la nueva regulación de Australia de los centros residenciales para personas mayores señala que, a partir de julio de 2024, el tiempo mínimo de atención directa que cada residente debe recibir por parte de una enfermera es de 44 minutos al día (0,73 horas) y también es necesaria la presencia de enfermeras en el centro durante todo el día, de lunes a domingo²². Recientemente, además, el Departamento de Salud y Servicios a las Personas de los Estados Unidos ha promulgado una nueva normativa que regula los estándares mínimos de dotación personal sanitario de los centros residenciales para personas mayores de los programas Medicare y Medicaid. En esta regulación se establece el estándar mínimo de 0,55 horas por residente y día para la dotación de enfermeras tituladas y el requerimiento de contar con una enfermera de forma presencial en el centro veinticuatro horas al día, los siete días de la semana²³.

Regulación del personal sanitario de atención directa en centros residenciales en España

En España, la prestación de servicios y asistencia sanitaria en centros residenciales es muy variable y no existe una normativa unificada que la regule^{24,25}. El Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia

(SAAD) establece un marco a nivel nacional, por el que se deben guiar las normativas autonómicas, en relación con los servicios y prestaciones económicas para la promoción de la autonomía personal, la atención y protección a las personas en situación de dependencia²⁶. Sin embargo, dado que las competencias sobre el sistema sanitario y los servicios sociales recaen en las comunidades autónomas, en cada una de ellas se aplica una regulación distinta sobre los requisitos a cumplir por los centros residenciales para personas mayores²⁷. Así, la responsabilidad de la atención puede recaer en el personal sanitario del centro residencial o externo al centro, condicionándose a los convenios propios o individuales de cada centro residencial con los equipos de Atención Primaria en cuanto a asistencia sanitaria, prevención y prescripción²⁴.

A nivel nacional, en el marco del SAAD, las normativas por las cuales se define la ratio y tipo de personal en los centros residenciales son la Resolución de 2 de diciembre de 2008²⁸, la Resolución del 11 de diciembre

de 2017²⁹ y la Resolución del 28 de julio de 2022³⁰, por las cuales se establecen los acuerdos sobre los *Criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia*. Estas normativas señalan que "el número de profesionales se adecuará a la tipología, a la intensidad de la prestación de cada recurso del Sistema y a los servicios que prestan²⁹.

La Resolución del 28 de julio de 2022 establece diferentes tipos y ratios de personal, clasificándolos en tres categorías: personal de atención directa de primer nivel (Ad1N), personal de atención directa de segundo nivel (Ad2N) y personal de atención indirecta (AI). Dentro de cada categoría, se tienen en cuenta los títulos y certificados que se presentan en la **Tabla 1**.

La ratio mínima de Ad1N en centros residenciales en España se determina en relación con el número de plazas ocupadas a través de jornadas completas o personal equivalente (30). Por otro lado, las ratios

Tabla 1. Titulaciones y certificados de los cuidadores, gerocultores, asistentes personales, auxiliares de ayuda, profesionales y personal de soporte en centros residenciales en España.

	Titulación o Certificado	Normativa
Ad1N	Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería	Real Decreto 546/1995
	Técnico Auxiliar Clínica	Real Decreto 777/1998
	Técnico Auxiliar Psiquiatría	
	Técnico Auxiliar de Enfermería	
	Técnico en Atención a Personas en Situación de Dependencia	Real Decreto 1593/2011
	Técnico de Atención Sociosanitaria	Real Decreto 496/2003
	Técnico Superior en Integración Social	Real Decreto 1074/2012
		Real Decreto 2061/1995
	Certificado de Profesionalidad de Atención Sociosanitaria a Personas Dependientes en Instituciones Sociales	Real Decreto 1379/2008
	Certificado de Profesionalidad de Atención Sociosanitaria a Personas en el Domicilio	
Ad2N	Titulación universitaria de grado o equivalente, o titulación de Formación Profesional de Grado Superior en las ramas sociosanitarias.	Resolución del 28 de julio de 2022

AI	Personal del centro dedicado a todo tipo de procesos y tareas de soporte necesarios para el correcto funcionamiento del centro. Comprende personal de limpieza, cocina, lavandería, transporte, mantenimiento, etc., así como los servicios administrativos necesarios.	Resolución del 28 de julio de 2022
-----------	---	------------------------------------

Ad1N: Personal de atención directa de primer nivel.
 Ad2N: Personal de atención directa de segundo nivel.
 AI: Personal de atención indirecta.

dependerán también del grado de dependencia de los residentes del centro de atención residencial.

$$\text{Ratio mínima Ad1N} = \frac{(\text{Nº jornadas completas equivalentes})}{(\text{Nº de plazas ocupadas del centro residencial})}$$

La normativa no establece tipos de profesionales específicos para Ad2N, ni una fórmula para el cálculo de su ratio mínima. En la Resolución del 28 de julio de 2022 se determina que el número, tipología y demanda de Ad2N se decretará "por cada Administración competente en su ámbito territorial, en función de las características y necesidades de las personas residentes"³⁰. Como se

puede observar en la **tabla 2** según la ratio de Ad1N y de atención conjunta (Ad1N + Ad2N), la ratio de Ad2N equivale a solo 0,08, siendo una ratio muy limitada para este tipo de personal que engloba enfermeras y médicos, fisioterapeutas, rehabilitadores, trabajadores sociales, etc. Esta ratio equivaldría a ocho jornadas completas de profesionales dentro de la categoría Ad2N para cada 100 residentes.

Como se puede evidenciar, la normativa existente no respalda la figura de las enfermeras en los centros residenciales para personas mayores. Si bien el último acuerdo publicado recientemente (Resolución del 28 de julio de 2022) introduce al Ad2N en los que se incluyen

Tabla 2. Ratios específicas para las categorías de Atención directa de primer nivel (Ad1N) y Atención directa conjunta (Ad1N + Ad2N), en centros residenciales en España.

Ratio exigible a							
Fecha	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029
Categoría profesional de personal Cuidador/a, Gerocultor/a o similar de atención directa de primer nivel (Ad1N)							
Residencia personas mayores	0,31	0,33	0,35	0,37	0,39	0,41	0,43
Residencia personas con discapacidad	0,42	0,43	0,45	0,46	0,48	0,49	0,50
Atención directa conjunta (Ad1N + Ad2N)							
Residencia personas mayores	0,39	0,41	0,43	0,45	0,47	0,49	0,51
Residencia personas con discapacidad	0,50	0,51	0,53	0,54	0,56	0,57	0,58

Ad1N: Personal de atención directa de primer nivel.
 Ad2N: Personal de atención directa de segundo nivel.
 Fuente: Resolución de 28 de julio de 2022 (30)



las enfermeras tituladas, su ratio continúa siendo muy bajo y la normativa no dimensiona la importancia de las enfermeras en estos centros³⁰.

Las ratios y la dotación de enfermeras en los centros residenciales no están estandarizadas y varían considerablemente dependiendo de la regulación de cada comunidad autónoma, lo que resulta en diferencias significativas entre las diversas regiones

del país²⁵. En la **tabla 3** se puede observar las ratios de enfermeras establecidas para cada comunidad autónoma.

Regulación del personal sanitario de atención directa en centros residenciales en Navarra

En el caso específico de Navarra, la regulación del personal de los centros residenciales se recoge en el

Tabla 3. Ratios de enfermeras en centros residenciales en las 17 comunidades autónomas. Fuente: (25,27,43–46)

Comunidad autónoma	Ratio de Enfermeras
Andalucía	0,04 enfermera por cada usuario (equivalente a 1 enfermera por cada 25 residentes)
Aragón	Enfermero / DUE: 0,90 enfermera/DUE cada 30 usuarios-deberá existir al menos un profesional en centros de más de 30 plazas (equivalente a 1 enfermera por cada 33 residentes)
Asturias	ATS/DUE: ratio de 0,025 por persona usuaria en situación de dependencia de grado II y 0,035 por persona usuaria en situación de dependencia de grado III (equivalente a una enfermera por cada 40 residentes/ una enfermera por cada 28 residentes)
Baleares	5 ATS/DUE a jornada completa por cada 100 plazas o parte proporcional (equivalente a 1 enfermera por cada 20 residentes)
Canarias	En todos los centros se deberá contar con un número suficiente de ATS/DUE y personal auxiliar que garantice de forma continuada y permanente los cuidados que precisen los usuarios.
Cantabria	1 enfermera por cada 31 personas institucionalizadas
Castilla La Mancha	Miniresidencias, de menos de 46 plazas, con 20 horas semanales de presencia física de enfermero. Residencias tamaño medio, entre 46 y 80 plazas, con 40 horas semanales de presencia física de enfermero. Grandes residencias, de más de 80 plazas, con 40 horas semanales de presencia física de enfermero, se irá incrementando en 20 horas semanales por cada 40 usuarios o fracción (equivalente a 1 enfermera por cada 69 residentes*)
Castilla y León	Hasta 25 usuarios se exigirá una prestación mínima de 2 horas diarias. Adicionalmente cada 8 usuarios o fracción, se realizará una prestación de una hora diaria (equivalente a 1 enfermera por cada 48 residentes*)
Cataluña	1 enfermera por cada 35 - 45 personas institucionalizadas
Extremadura	1 enfermera por cada 25 residentes

Galicia	En los centros con un número inferior a 40 plazas asistidas se deberá contar con la presencia localizada de médico y ATS o DUE durante las 24 horas. Aquéllos con un número superior de plazas asistidas, además de la presencia localizada del personal médico, deberán contar con la presencia física del ATS o DUE las 24 horas
La Rioja	Dispondrá de ATS o DUE en la siguiente proporción: Nivel 1 (centros entre 40 y 74 plazas): 60 horas/semana. Nivel 2 (centros entre 75 y 149 plazas): 80 horas/semana. Nivel 3 (centros entre 150 y 199 plazas): 100 horas/semana. Nivel 4 (centros con más de 200 plazas): 160 horas/semana
Madrid	1 enfermera o cualquier otro tipo de personal sanitario por cada 4 residentes asistidos
Murcia	ATS/DUE con una prestación mínima de 1 hora diaria hasta 40 usuarios. Adicionalmente, cada 20 usuarios o fracción se realizará una prestación de una hora diaria más (equivalente a 1 enfermera por cada 118 residentes*)
Navarra	Se establece una ratio mínima para el personal de enfermería de 0,02 personal equivalente/persona usuaria/año (equivalente a 1 enfermera por cada 50 residentes*) En el caso de servicios residenciales de psicogeriatría la ratio para personal de enfermería es de 0,08 (equivalente a 1 enfermera por cada 12 residentes*)
País Vasco	Enfermería: Grado de dependencia 0 y I= 0,027, Grado de dependencia II y II= 0,032 (equivalente a una enfermera por cada 37 residentes/ una enfermera por cada 31 residentes)
Valencia	Mínimo de 8 horas semanales por cada 10 plazas o fracción de forma proporcional. En centro con unidad de alta dependencia: enfermero/a con presencia física 24 horas del día (equivalente a 1 enfermera por cada 43 residentes*)

**Equivalencia calculada tomando como referencia la jornada máxima anual fijada en el VIII Convenio Marco Estatal de Servicios de Atención a las Personas Dependientes y Desarrollo de la Promoción de la Autonomía Personal, que fija un máximo de 1792 horas anuales en 2023, lo que supone aproximadamente 34,5 horas semanales.*

ATS: Ayudante Técnico Sanitario. DUE: Diplomado Universitario en Enfermería.

Decreto Foral 38/2023, de 5 de abril, de modificación del Decreto Foral 92/2020, de 2 de diciembre, por el que se regula el funcionamiento de los servicios residenciales, de día y ambulatorios de las áreas de mayores, discapacidad, enfermedad mental e inclusión social, del sistema de servicios sociales de la Comunidad Foral de Navarra, y el régimen de autorizaciones, comunicaciones previas y homologaciones, y del Decreto Foral 69/2008, de 17 de junio, por el que se aprueba la cartera de servicios sociales de ámbito general, y por el que se aprueban los servicios sociosanitarios para la atención integral social y sanitaria y la cartera de servicios de políticas migratorias³¹.

En este Decreto el personal de los centros residenciales se divide en tres categorías:

- Personal profesional de atención directa: Cuidadoras o cuidadores profesionales, auxiliares de enfermería o equivalente y técnicas o técnicos de integración social.
- Personal técnico, de las titulaciones de Medicina, Enfermería, Farmacia, Fisioterapia, Terapia ocupacional, Animación Sociocultural, Trabajo Social, Psicología, Pedagogía, Logopedia, Podología, Educación Social, Monitor o Monitora de taller, Técnico o Técnica en estimulación, cualquier titulación de formación profesional de grado superior en la rama sociosanitaria y cualquier otra categoría profesional que desempeñe funciones técnicas y que sea reconocido así por el órgano competente en materia de inspección de servicios.
- Personal de servicios generales: personal de limpieza, cocina, administración, etc.

En relación con las ratios de personal mínimas establecidas, en esta norma se explica lo siguiente:

La ratio de personal viene expresada en personal equivalente por persona usuaria. Para obtener el dato de personal equivalente se aplica la siguiente fórmula: número de horas de atención (directa o técnica), dividido entre la jornada laboral anual correspondiente. De manera que, para obtener la ratio, se divide el personal equivalente entre el número de personas usuarias, que, en el caso de centros residenciales, no podrá ser inferior al 80% de las plazas autorizadas.

$$\text{Ratio} = \frac{\text{(personal equivalente)}}{\text{(n.º personas usuarias)}} = \frac{\text{(n.º horas atención anuales)}}{\text{(jornada anual x n.º personas usuarias)}}$$

Las ratios mínimas exigidas de personal de atención directa y de personal técnico en los centros residenciales para personas mayores se diferencian según el porcentaje de ocupación de plazas con personas en situación de dependencia severa o gran dependencia. Si la ocupación de las plazas con personas en situación de dependencia severa o gran dependencia superan el 60%, las ratios exigidas de profesionales de atención directa y personal técnico conjuntamente son las presentadas en la **tabla 4**, a cumplir a partir del 31 de diciembre del año indicado.

En centros residenciales para personas mayores, cuando las personas en situación de dependencia severa o gran dependencia es inferior al 60% de las plazas ocupadas, las ratios exigibles serán las que figuran en la **tabla 5**.

Tabla 4. Ratios conjuntas exigidas para profesionales de atención directa y personal técnico en centros con personas en situación de dependencia superior al 60% según Decreto Foral 38/2023

2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029
0,39	0,41	0,43	0,45	0,47	0,49	0,51

Como se puede observar en la **tabla 5** se ofrecen datos globales para la categoría de personal técnico estableciendo una ratio global de 0,048 personal equivalente/persona usuaria al año para mayores dependientes, 0,12 para psicogeriatría y 0,014 para mayores no dependientes.

Esto equivale a veinte mayores residentes por cada profesional técnico, ocho residentes en psicogeriatría por cada profesional técnico y 71 mayores no dependientes por cada profesional técnico; teniendo en cuenta que esta proporción tiene que ser compartida por todos los profesionales técnicos. Esta equivalencia

Tabla 5. Ratios conjuntas exigidas para profesionales de atención directa y personal técnico en centros con personas en situación de dependencia inferior al 60% según Decreto Foral 38/2023

	PROFESIONAL ATENCIÓN DIRECTA	PERSONAL TÉCNICO
Mayores dependientes	0,29	0,048 (*)
Psicogeriatría	0,35	0,12 (**)
Mayores no dependientes	0,09	0,014
Discapacidad (con gran dependencia o dependencia severa)	0,60	0,10 (*)
Discapacidad (con dependencia moderada o sin dependencia)	0,30	0,10

(*) El personal de enfermería deberá ser como mínimo un 0,02 personal equivalente/persona usuaria/año, incluyendo en su caso el de farmacia.
(**) El personal de enfermería deberá ser como mínimo un 0,08 personal equivalente/persona usuaria/año.

está calculada tomando como referencia la jornada máxima anual fijada en el VIII Convenio Marco Estatal de Servicios de Atención a las Personas Dependientes y Desarrollo de la Promoción de la Autonomía Personal (32), que fija un máximo de 1792 horas anuales en 2023.

Con alusión directa a la ratio de enfermeras en estos centros se señala que, en todos los centros residenciales para personas mayores, excepto aquellos que atienden exclusivamente a personas no dependientes, el personal de enfermería deberá ser como mínimo un 0,02 personal equivalente/persona usuaria/año, incluyendo en su caso el personal de farmacia; lo que equivaldría a una enfermera por cada 50 residentes. Y en el caso de los servicios de psicogeriatría se establece una ratio mínima de 0,08 personal equivalente/persona usuaria/año; equivalente a una enfermera por cada doce residentes.

DISCUSIÓN

Como se puede deducir de la normativa vigente, y tal como apunta la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica, más allá de fortalecer la figura de las enfermeras en los centros residenciales para personas mayores, se observa una tendencia

preocupante. Esta tendencia se manifiesta en las bajas ratios de enfermeras en los centros residenciales, según lo recogido en las regulaciones de las diferentes comunidades autónomas, en comparación con las recomendaciones internacionales, como las de Australia (0,73 horas por residente y día/enfermera, lo que equivale a 33 residentes por enfermera)²² o Estados Unidos (0,55 horas por residente y día/enfermera, lo que equivale a 44 residentes por enfermera)²³.

Recientemente, la pandemia SARS-Cov-19 puso de manifiesto importantes deficiencias en el sistema de atención sanitaria en los centros residenciales de España. Estas deficiencias están relacionadas principalmente con la baja ratio de enfermeras tituladas, así como con la insuficiencia de recursos y deficiencia en las infraestructuras³³.

Esta situación contrasta con la nueva regulación vigente a nivel nacional, mencionada anteriormente, respecto a los criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia y el sistema de evaluación de la calidad establecido. Este sistema de evaluación se articulará entorno a cinco principios: (1) Dignidad y respeto, (2) Personalización y atención centrada en la persona, (3) Participación, control y elecciones, (4) Derecho a la salud al bienestar personal y (5) Proximidad y conexiones comunitarias;

además, se atenderá “a la calidad en las condiciones de trabajo de las personas profesionales encargadas de prestar apoyos en los diferentes servicios”³⁰. Como se ha mencionado anteriormente, las enfermeras juegan un papel clave en los equipos interdisciplinarios de los centros residenciales para personas mayores y tienen el potencial de desempeñar un rol esencial en la promoción de los principios en los que sustentan el sistema de calidad propuesto.

Las administraciones públicas, nacionales, autonómicas, locales y privadas no refuerzan las condiciones laborales y profesionales de las enfermeras en el contexto de la atención residencial de las personas mayores, a pesar de las recomendaciones y necesidades evidentes. En cambio, han aprobado legislaciones que van en contra de sus competencias profesionales legalmente instauradas³⁴. Un ejemplo de ello es la creación del Real Decreto por el que se establece el título de técnico superior en gestión de servicios en centros gerontológicos y su posterior divulgación mediante consulta pública³⁴.

A raíz de esto muchas organizaciones de enfermeras y de otros ámbitos profesionales, como el Consejo General de Enfermería (CGE), la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica (SEEGG), la Federación de Asociaciones de Enfermería Comunitaria y Atención Primaria (FAECAP), la Federación de Asociaciones de Matronas de España (FAME), la Asociación Nacional de Directivos de Enfermería (ANDE), la Unión Española de Sociedades Científicas de Enfermería (UESCE) y El Consejo General del Trabajo Social (CGTS), entre otras, han solicitado la retirada de este nuevo título. Un título que repercute claramente en las competencias profesionales de otras figuras instauradas en los centros residenciales o gerontológicos como el de la enfermera, trabajador social, psicólogo, terapeuta ocupacional, nutricionista y fisioterapeuta³⁵⁻³⁹.

En el caso particular de las enfermeras, muchas de estas organizaciones y asociaciones han declarado que la creación de esta nueva titulación tendría como consecuencia la invasión de competencias profesionales atribuidas por ley a las enfermeras graduadas, lo cual iría en contra de la normativa europea y estatal³⁶. Además de esto, en España existen las figuras de enfermera generalista (4 años de formación) y especialista en geriatría (6 años de formación) que son profesionales con una ardua formación para brindar calidad de atención, gestión y cuidado de las personas mayores en los centros residenciales, tal y como lo afirma el presidente del Consejo General de Enfermería de España³⁷. En otras

palabras, la creación de nuevas figuras de personal técnico o auxiliar no solucionaría la problemática que afronta actualmente los centros residenciales en cuanto al tipo y número de personal cualificado para brindar una atención de calidad.

Finalmente, otro aspecto a considerar en el análisis de las normativas vigentes es que en su mayoría el cálculo de ratios se basa en el nivel de dependencia de los residentes. Sin embargo, es importante considerar que si bien la carga de trabajo del personal de atención directa de primer nivel (cuidadoras o cuidadores profesionales, auxiliares de enfermería u otros) está estrechamente relacionada con el nivel de dependencia de la persona atendida, en el caso de las enfermeras no es así. Tal y como sugiere la evidencia, los factores predictores de la carga de trabajo de las enfermeras están también relacionados con la complejidad clínica y la necesidad de cuidados enfermeros y no exclusivamente con el nivel de dependencia^{40,41}.

En esta línea, Harrington y colegas⁴¹ sugieren un cálculo de la ratio enfermera-residente en los centros residenciales para personas mayores basado en el sistema de clasificación aplicado en los centros de los servicios de Medicare y Medicaid de EEUU, que contempla la evaluación de diversos aspectos del estado de salud de la persona englobados en seis áreas diferentes⁴². Estas áreas son: (1) servicios extensivos (*extensive services*) que incluye aspectos como si la persona es portadora de traqueostomía o precisa la aplicación de medidas de aislamiento; (2) cuidados especiales de alto nivel (*special care high*) donde se valoran el estado vegetativo con dependencia total o la presencia de septicemia, de diabetes con tratamiento de insulina, la nutrición parenteral o de fiebre y otros síntomas, entre otros; (3) cuidados especiales de bajo nivel (*special care low*) que incluye estados del paciente como parálisis cerebral, esclerosis múltiple o enfermedad de Parkinson o la presencia de úlceras por presión o vasculares o la necesidad de sonda nasogástrica o terapia de oxígeno, entre otros; (4) complejidad clínica (*clinically complex*) donde se valora la presencia de neumonía, hemiplejía, heridas quirúrgicas, quemaduras, tratamiento endovenoso, entre otros; (5) síntomas conductuales y función cognitiva (*behavioral symptoms and cognitive performance*) donde se valora la presencia de deterioro cognitivo y la presencia de síntomas psiquiátricos como alucinaciones, conductas agresivas, negación al cuidado o vagabundeo; (6) función física reducida (*reduced physical function*) que incluye la valoración de la necesidad de asistencia para las actividades básicas de la vida diaria. Como se puede observar, este sistema de cálculo de ratio se basa en una valoración

de los receptores de cuidado mucho más holística que tiene en cuenta numerosos aspectos que no están incluidos en la valoración de la dependencia.

Por ello, cabría plantearse que no solo las ratios reflejadas en las normativas actuales para la dotación de enfermeras parecen ser insuficientes para prestar una atención de calidad. Así, un número insuficiente de enfermeras puede repercutir negativamente en todos los residentes de estos centros. Numerosos estudios en el contexto de los centros residenciales revelan una fuerte relación positiva entre el número de enfermeras que presta atención directa a los residentes a diario y la calidad de la atención y la calidad de vida de los residentes⁴³. Esta situación se ve agravada por el hecho de que las ratios actuales de enfermera-residente no contemplan los factores que la evidencia ha demostrado que influyen en la carga de trabajo de las enfermeras, lo que hace necesario cuantificar la carga real de trabajo y, de este modo, realizar un cálculo más preciso de estas ratios.

CONCLUSIONES

La regulación sobre la dotación de enfermeras en los centros residenciales en España es crucial para garantizar una atención de calidad que responda a las necesidades de la población. Mientras que algunos países han establecido estándares mínimos, en España la normativa varía significativamente entre comunidades autónomas.

La normativa nacional actual no asegura una cantidad adecuada de enfermeras en proporción al número de residentes, lo cual es preocupante dado el papel fundamental que desempeñan en la mejora de la calidad asistencial, la coordinación de cuidados y la reducción de hospitalizaciones.

Es urgente revisar las normativas vigentes para asegurar una dotación suficiente de enfermeras en los centros residenciales y reconocer su rol esencial en la atención integral de los residentes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organisation for Economic Co-operation and Development (OECD). *Panorama de la salud 2021: indicadores de la OECD* [Internet]. OECD Publishing; 2022. 274 p. Disponible en: <https://doi.org/10.1787/ae3016b9-en>
2. Instituto Nacional de Estadística (INE). *Indicadores de Estructura de la Población* [Internet]. 2023. Disponible en: <https://www.ine.es/dynt3/inebase/index.htm?padre=2077&capsel=2077>
3. Arranz E. Año 2020: *El envejecimiento avanza imparable y alcanza su valor máximo en España (125%): se contabilizan 125 mayores de 64 años por cada 100 menores de 16* [Internet]. Fundación ADECO. 2020. Disponible en: <https://fundacionadeco.org/notas-de-prensa/ano-2020-el-envejecimiento-avanza-imparable-y-alcanza-su-valor-maximo-en-espana-125-se-contabilizan-125-mayores-de-64-anos-por-cada-100-menores-de-16/#:~:text=Esta cifra supone el mayor,incremento del 2%2C4%25>
4. Acosta-Benito MÁ, Martín-Lesende I. *Fragilidad en atención primaria: diagnóstico y manejo multidisciplinar*. Aten Primaria. 2022;54(9):102395.
5. Villarejo Galende A, Eimil Ortiz ME, Llamas Velasco S, Llanero Luque M, López de Silanes de Miguel C, Prieto Jurczynska C. *Informe de la Fundación del Cerebro. Impacto social de la enfermedad de Alzheimer y otras demencias*. Neurología. 2021;36(1):39-49.
6. Stancanelli E. *Institutional long-term care and government regulation*. IZA World Labor. 2015;179.
7. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (Imserso). *Centros para personas mayores: centros residenciales* [Internet]. 2022. Disponible en: <https://imserso.es/centros/centros-personas-mayores/centros-residenciales>
8. InfoResidencias. *El personal de las residencias geriátricas* [Internet]. Disponible en: <https://www.inforesidencias.com/contenidos/profesionales/nacional/el-personal-de-las-residencias-geriatricas#:~:text=Siempre%20debe%20haber%20personal%20cuidador,una%20ratio%20de%200%2C25>
9. Instituto de Mayores y Asuntos Sociales (Imserso). *Guía de centros residenciales para personas mayores en situación de dependencia* [Internet]. Imserso. 2000. Disponible en: https://oiss.org/wp-content/uploads/2000/01/GUIA_DE_RESIDENCIAS_Prog-lb-def-.pdf
10. Barker RO, Craig D, Spiers G, Kunonga P, Hanratty B. *Who should deliver primary care in long-term care facilities to optimize resident outcomes? A systematic review*. J Am Med Dir Assoc. 2018;19(12):1069-79.
11. Cho E, Lee KH, Kim HR, Choi S, Yoon YS, Kim E, et al. *The effects of special nursing units in nursing homes on healthcare utilization and cost: A case-control study using propensity score matching*. Int J Nurs Stud. 2023;147:104587.
12. Spilsbury K, Hewitt C, Stirk L, Bowman C. *The relationship between nurse staffing and quality of care in nursing homes: A systematic review*. Int J Nurs Stud. 2011;48(6):732-50.
13. Arling G, Mueller C. Nurse staffing and quality: *The unanswered question*. J Am Med Dir Assoc. 2014;15(6):376-8.
14. Tuinman A, Greef MHGD, Finnema EJ, Roodbol PF. *A systematic review of the association between nursing staff and nursing-sensitive outcomes in long-term institutional care*. J Adv Nurs. 2021;77(8):3303-16.
15. Harrington C, Choiniere J, Goldmann M, Jacobsen FF, Lloyd L, McGregor M, et al. *Nursing home staffing standards and staffing levels in six countries*. J Nurs Scholarsh. 2012;44(1):88-98.
16. Nederland Z. *Kwaliteitskader Verpleeghuiszorg* [Internet]. *Zorginstituut Nederland*; 2021. p. 45. Disponible en: <https://www.zorginzicht.nl/binaries/content/assets/zorginzicht/kwaliteitsinstrumenten/kwaliteitskader-verpleeghuiszorg---2021.pdf>
17. Gascón S, Redondo N. *Calidad de los servicios de largo plazo para personas adultas mayores con dependencia* [Internet]. *Programa EUROsocial. Comisión Económica para América Latina y el Caribe (CEPAL)*; 2014. 86 p. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/36948-calidad-servicios-largo-plazo-personas-adultas-mayores-dependencia>

18. Ministerio de Trabajo, Migraciones y Seguridad Social (MTMSS). *Resolución de 11 de septiembre de 2018, de la Dirección General de Trabajo*, por la que se registra y publica el VII Convenio colectivo marco estatal de servicios de atención a las personas dependientes y desarrollo de la promoción de la autonomía personal (residencias privadas de personas mayores y del servicio de ayuda a domicilio). [Internet]. Boletín Oficial del Estado. Boletín Oficial del Estado; 2018. p. 91393–457. Disponible en: [https://www.boe.es/eli/es/res/2018/09/11/\(3\)](https://www.boe.es/eli/es/res/2018/09/11/(3))
19. Hamers JPH, Backhaus R, Beerens HC, Rossum E van, Verbeek H. Meer is niet per se beter. *De relatie tussen personeel inzet en kwaliteit van zorg in verpleeghuizen*. Vol. 156, Nederlands Tijdschrift voor Geneeskunde. Maastricht University; 2012.
20. Harrington C, Schnelle JF, McGregor M, Simmons SF. *The need for higher minimum staffing standards in U.S. nursing homes*. Health Serv Insights. 2016;9:13–9.
21. Dellefield ME, Castle NG, McGilton KS, Spilsbury K. *The relationship between registered nurses and nursing home quality: An integrative review (2008–2014)*. Nurs Econ. 2015;33(2):95–108.
22. Organización Mundial de la Salud (OMS). *Envejecimiento y ciclo de vida* [Internet]. Organización Mundial de la Salud (OMS). 2022. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
23. Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS), Department of Health and Human Services (HHS) Medicare and Medicaid Programs; Minimum Staffing Standards for Long-Term Care Facilities and Medicaid Institutional Payment Transparency Reporting. Fed Regist. 2023;88(171):61352–429.
24. Cabañas Cob A, Apellaniz Aparicio B, Palao GS, Pardo Chacón C, Larena Grijalba P, Fabado Martínez P. *Atención sociosanitaria en una residencia urbana sanitizada y el papel de Atención Primaria*. Estudio cualitativo con residentes, familiares y profesionales. Aten Primaria. 2023;55(2):102529.
25. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG). *Resumen Normativa de Residencias* [Internet]. 2020. p. 1–12. Disponible en: https://www.segg.es/media/descargas/Cuadro_resumen_SEGG_Normativa_Residencias_Rev.17junio2020.pdf
26. Jefatura del Estado. *Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia*. Boletín Oficial de Estado. 2006. p. 44142–56. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/2006/12/14/39/con>
27. Vilaplana–Prieto C, Martínez CSG, Pérez PE, Legaz I. *Sociosanitary legal and economic aspects in nursing homes for the elderly in Spain*. Int J Environ Res Public Health. 2023;20(6):4928.
28. Ministerio de Educación, Política Social y Deporte. *Resolución de 2 de diciembre de 2008, de la Secretaría de Estado de Política Social, Familias y Atención a la Dependencia y a la Discapacidad*, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia [Internet]. Boletín Oficial del Estado. Boletín Oficial del Estado; 2008. p. 50722–117621. Disponible en: [https://www.boe.es/eli/es/res/2008/12/02/\(2\)](https://www.boe.es/eli/es/res/2008/12/02/(2))
29. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad. *Proyecto de Calidad para el Sistema Nacional de Salud*. 2017. Unidades asistenciales: Estándares y recomendaciones. Disponible en: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/ec02-2.htm>
30. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. *Acuerdo sobre criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD)* [Internet]. 2022. Disponible en: <https://www.mdsocialesa2030.gob.es/agenda2030/index.htm>
31. Gobierno de Navarra. *Decreto Foral 38/2023, de 5 de abril, de modificación del Decreto Foral 92/2020, de 2 de diciembre, por el que se regula el funcionamiento de los servicios residenciales, de día y ambulatorios de las áreas de mayores, discapacidad, enfermedad mental e inclusión social, del sistema de servicios sociales de la Comunidad Foral de Navarra, y el régimen de autorizaciones, comunicaciones previas y homologaciones, y del Decreto Foral 69/2008, de 17 de junio, por el que se aprueba la cartera de servicios sociales de ámbito general, y por el que se aprueban los servicios sociosanitarios para la atención integral social y sanitaria y la cartera de servicios de políticas migratorias* [Internet]. 2023. Disponible en: <https://www.lexnavarra.navarra.es/detalle.asp?r=54683#Ar.32>

32. Ministerio de Trabajo y Economía Social. *Resolución de 30 de mayo de 2023, de la Dirección General de Trabajo, por la que se registra y publica el VIII Convenio marco estatal de servicios de atención a las personas dependientes y desarrollo de la promoción de la autonomía personal*. [Internet]. 2023. Disponible en: [https://www.boe.es/eli/es/res/2023/05/30/\(6\)](https://www.boe.es/eli/es/res/2023/05/30/(6))
33. Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontología (SEEGG). *Posicionamiento SEEGG ante la legislación presente y futura sobre el cuidado de las personas mayores en residencias* [Internet]. 2023. Disponible en: <https://seegg.es/wp-content/uploads/2023/07/POSICIONAMIENTO-SEEGG-ANTE-LA-LEGISLACION-PRESENTE-Y-FUTURA-SOBRE-EL-CUIDADO-DE-LAS-PERSONAS-MAYORES-EN-RESIDENCIAS.pdf>
34. Ministerio de Educación y Formación Profesional (MEFP). *Técnico Superior en Gestión de servicios en centros gerontológicos*. 2021;1-117.
35. Consejo General del Trabajo. *El Consejo General solicita la retirada del Real Decreto para la creación del título de Técnico Superior en Gestión de servicios en centros gerontológicos* [Internet]. Consejo General del Trabajo Social (CGTS). 2021. Disponible en: <https://www.cgtrabajosocial.es/noticias/el-consejo-general-solicita-la-retirada-del-real-decreto-para-la-creacion-del-titulo-de-tecnico-superior-en-gestion-de-servicios-en-centros-gerontologicos/7234/view#>
36. Diario Enfermero. *Sociedades científicas y colegios de enfermería también rechazan el título de técnico superior en gestión de servicios en centros gerontológicos* [Internet]. Diario Enfermero. 2021. Disponible en: <https://diarioenfermero.es/sociedades-cientificas-y-colegios-de-enfermeria-tambien-rechazan-el-titulo-de-tecnico-superior-en-gestion-de-servicios-en-centros-gerontologicos/>
37. Geriatricarea. *El Consejo General de Enfermería contrario al título de Técnico Superior en Gestión de Servicios en Centros Gerontológicos* [Internet]. 2021. Disponible en: <https://www.geriatricarea.com/2021/06/16/el-consejo-general-de-enfermeria-contrario-al-titulo-de-tecnico-superior-en-gestion-de-servicios-en-centros-gerontologicos/>
38. Martínez Riera JR, Morales Gil I, Megías Lizancos F, Santos Posada A, Sanz Villorejo JS, Carrasco Rodríguez FJ, et al. *Las Sociedades Científicas firmantes solicitan la retirada inmediata de la proposición no de ley para la creación de una nueva titulación de grado superior llamada "Técnico Superior en Gestión de servicios en centros gerontológicos"* [Internet]. 2021. Disponible en: <https://seegg.es/wp-content/uploads/2021/06/Propuesta-retirada-PNL-Titulo-Superior-Supervision-Sociosanitario.pdf>
39. Riera Roca J. *El COIBA y la ABIGG rechazan la creación de una FP de supervisión de cuidados básicos de enfermería para el ámbito sociosanitario* [Internet]. Salud Ediciones. 2022. Disponible en: <https://www.saludediciones.com/2022/01/28/el-coiba-y-la-abigg-rechazan-la-creacion-de-un-modulo-de-formacion-profesional-de-supervision-de-cuidados-basicos-de-enfermeria-para-el-ambito-sociosanitario/>
40. Ivziku D, Ferramosca FMP, Filomeno L, Gualandi R, De Maria M, Tartaglini D. *Defining nursing workload predictors: A pilot study*. J Nurs Manag. 2022;30(2):473-81.
41. Harrington C, Dellefield ME, Halifax E, Fleming ML, Bakerjian D. *Appropriate nurse staffing levels for U.S. nursing homes*. Health Serv Insights. 2020;13:1-14.
42. Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS). *Long-Term Care Facility Resident Assessment Instrument 3.0 User's Manual* [Internet]. Centers for Medicare & Medicaid Services (CMS); 2023. Disponible en: <https://www.cms.gov/files/document/finalmds-30-rai-manual-v11811october2023.pdf>
43. Federación de Servicios Públicos (FSP). *Informe residencias privadas. Perspectiva laboral*. Aragón 2011-2015 [Internet]. 2018. Disponible en: https://www.ugtaragon.es/sites/www.ugtaragon.es/files/node_gallery/Galer-a%20Publicaciones/residencias%20privadas.pdf
44. Fernández Rivera ME, López Gandara M, Somonte Pérez G, Carrera Benito C, Mena AI, Gutiérrez AM, et al. *La presencia de las enfermeras en las residencias de mayores en Cantabria*. Gerokomos. 2022;33(1):7-11.
45. Infermeres de Catalunya. *Les infermeres de Catalunya Reivindiquem* [Internet]. Infermeres de Catalunya. 2023. Disponible en: <https://www.infermeresdecatalunya.cat/reivindicacions/>
46. Miolina Schmid A. *Los requisitos de acreditación de residencias para personas mayores* [Internet]. Lares Federación de Residencias y Servicios de Atención a los Mayores. 2010. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/molina-requisitos-01.pdf>

REVISIONES

Liderazgo femenino: inequidad de género en la alta gestión enfermera

Female leadership: gender inequality in senior nursing management

Lorea Soberanas Izco¹

Marta Ferraz Torres¹

¹. Hospital Universitario de Navarra

Correspondencia: Lorea Soberanas Izco (lorea.soberanas.izco@navarra.es)

Citación: Soberanas Izco L, Ferraz Torres M. Liderazgo femenino: inequidad de género en la alta gestión enfermera. Revista. RevPuls 2025; 2(1)



RESUMEN

Introducción:

La enfermería es una profesión altamente feminizada, con un 80% de mujeres en su fuerza laboral. Sin embargo, solo el 25% ocupa cargos directivos, lo que contribuye a la brecha salarial y a la desigualdad de género en el liderazgo. Esta problemática no se debe únicamente a la falta de corresponsabilidad en el hogar, sino también a barreras estructurales y culturales.

Objetivo:

Detectar las barreras que limitan el acceso de las mujeres a posiciones de gestión y dirección en enfermería.

Metodología:

Se realizó una revisión bibliográfica narrativa, analizando 15 estudios extraídos de bases de datos como PubMed, CINHALL, SIRIUS y SCOPUS, además de bibliografía gris.

Resultados

La baja representación de mujeres en cargos directivos se debe a estereotipos de género, creencias que asocian el cuidado con las mujeres y estructuras organizativas jerárquicas que limitan su ascenso. Además, la carga del cuidado no remunerado y la sobrecarga laboral dificultan su desarrollo profesional. La falta de apoyo institucional y la persistencia del sesgo de género constituyen obstáculos adicionales para su acceso a puestos de liderazgo.

Conclusiones:

Se evidencian desigualdades de acceso a posiciones directivas derivadas del género, influenciadas por factores como la maternidad, la reducción de jornada, la falta de formación en liderazgo y la escasez de referentes femeninos en la gestión. Es necesario implementar estrategias que promuevan la equidad en el acceso a estos cargos.

Palabras clave: liderazgo; enfermería; género; barreras; dirección

ABSTRACT

Introduction:

Nursing is a highly feminized profession, with women comprising 80% of the workforce. However, only 25% hold managerial positions, contributing to the gender wage gap and leadership inequality. This disparity is not solely due to the lack of shared responsibility in household and family care but also to structural and cultural barriers.

Objective:

To identify the barriers that limit women's access to management and leadership positions in nursing.

Methodology:

A narrative literature review was conducted, analyzing 15 studies from databases such as PubMed, CINHALL, SIRIUS, and SCOPUS, in addition to grey literature.

Results:

The underrepresentation of women in leadership roles is influenced by gender stereotypes, cultural beliefs linking caregiving to women, and hierarchical organizational structures that restrict their career advancement. Moreover, unpaid care responsibilities and work overload hinder their professional development. The lack of institutional support and persistent gender bias further obstruct access to leadership positions.

Conclusions:

Gender-related disparities in leadership access are evident and influenced by factors such as motherhood, reduced working hours, lack of leadership training, and the absence of female role models in management. Strategies to promote gender equity in leadership positions are essential.

Keywords: leadership; nursing; gender; barriers; management

INTRODUCCIÓN

Marco teórico

¿Cómo es posible que, en un mundo de mujeres, sean los hombres quienes mandan? Esta pregunta me rondó la cabeza tras mis primeras experiencias en hospitales. Era lógico pensar que la enfermería, al ser una profesión mayoritariamente femenina, estaría liderada por mujeres. Pero la realidad era otra: cuando se observa quién toma las decisiones, quién ocupa los despachos de dirección y quién supervisa los equipos, los hombres dominan la escena a pesar de que representan una minoría numérica en la profesión enfermera¹.

Este patrón despertó mi curiosidad y me llevó a investigar más sobre la brecha de género² en el liderazgo enfermero. A medida que profundicé en el tema, encontré datos que respaldaban esta observación: la infra-representación de las mujeres en ámbitos de liderazgo en el campo de la salud es un tema que está a la orden del día. En concreto, en la enfermería, donde un 90% son mujeres, pero escasea su presencia en puestos dirigentes (Instituto Español de Investigación Enfermería, 2023).

Actualmente, las mujeres suponen más del 80% de la fuerza de trabajo enfermera y, sin embargo, solamente ostentan el 25% de los puestos directivos (Zabalegui, 2019). La brecha de género en términos de liderazgo enfermero va más allá de los números. Las profundamente arraigadas estructuras de poder, incluyendo el patriarcado y el sesgo de género, favorece la creación de oportunidades para que los hombres sean líderes en los roles más poderosos e influyentes de la sociedad (Pincha Baduge et al. 2023).

Solamente objetivando la realidad se puede generar conciencia para el cambio. El papel de las mujeres, históricamente relegado al hogar, ha sufrido un cambio. La inclusión de las mujeres al mercado laboral ha traído consigo otro tipo de dificultades; por ejemplo, en el campo de la enfermería, donde ellas brindan el cuidado, pero ellos lo lideran. Esta disparidad no es un hecho intransitivo, sino un desafío que requiere la acción y el cambio estructural de todo el sistema de salud.

¹ Con el objetivo de aligerar el texto se utilizará el género gramatical femenino para englobar a tanto a enfermeros como a enfermeras, a menos que en el contexto se especifique lo contrario.

² El género es un constructo social y varía de sociedad en sociedad y puede cambiar con el tiempo. No se han objetivado estudios que estudien el liderazgo del personal en enfermeras transgénero.

Marco teórico

La teoría del *tokenismo* de Kanter (1977), expone que en entornos profesionales o empresariales donde hay una desigualdad de género en términos numéricos, el grupo minoritario es visto como un «token» (Salguero y García, 2019). Proviene del inglés, *token*: símbolo y en el caso de la enfermería, este *token* serían los hombres. El *tokenismo* se entendería como una falsa inclusión de esa minoría, dando una visibilidad simbólica a ese grupo suponiendo una cierta concesión para evitar acusaciones discriminatorias. En el contexto de la enfermería u otras profesiones donde los hombres son considerados *tokens*, se ha observado no solo que éstos no enfrentan obstáculos significativos en sus carreras debido a su «capital de género³» (Mansilla, 2022), sino que además mantendrían una situación no discriminatoria e incluso preferencial a la hora de acceder a estos puestos de liderazgo (Salguero y García, 2019).

Situación actual

En la coyuntura actual, las mujeres conforman el 5% de la lista CEO Fortune 500 (directores ejecutivos de las 500 empresas más grandes de Estados Unidos). La brecha de género se objetiva en todos los sectores, incluyendo el de la salud que es el que más nos concierne. A nivel mundial tan solo un 31% de los ministerios de salud están ocupados por mujeres, un hecho que resulta notable ya que un 70% de los trabajadores de la salud son mujeres (WHO, 2019).

En la región europea, el 57% de los sanitarios son enfermeras y el 89% de las mismas son mujeres, aun así, solamente el 25% de los puestos directivos son ocupados por mujeres.

En Noruega, un hombre enfermero tiene un 20% de posibilidades de convertirse en un líder mientras que en las mujeres esa probabilidad es del 12,1%. Suecia es el número 1 en el ranking de igualdad europeo, y aunque el 88% de la fuerza de trabajo enfermera sean mujeres, éstas ganan un 2% menos que sus compañeros de trabajo (Balkin et al., 2023).

³ Capital de género: ventajas o beneficios que una persona recibe debido a las expectativas culturales y sociales relacionadas con su género.

En España, las mujeres enfermeras ganan un 4% más que los enfermeros, pero constituyen únicamente 5 de cada 15 miembros de las juntas directivas (Balkin et al., 2023). Como por ejemplo en SATSE (Sindicato de Asistentes Técnicos-Sanitarios de España), donde el 58% de los puestos de poder están ocupados por mujeres, pese a que suponen el 84% del personal enfermero (Salguero y García, 2019).

En la última memoria publicada por el Gobierno de Navarra se informa que hay 2319 hombres y 9281 mujeres trabajando para el Sistema Navarro de Salud, de los cuales 12 hombres y 18 mujeres conforman los puestos de personal directivo. El cálculo deduce que los hombres en Navarra tienen 2,67 veces más probabilidades de acceder a un puesto directivo que las mujeres en el ámbito de la salud (Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea, 2022). Es decir, por cada mujer en un puesto de alta responsabilidad hay aproximadamente 2,67 hombres.

La proporción para los hombres sería:

$$\frac{P_{\text{hombres}} (\text{Número de hombres en puestos directivos})}{(\text{Total de hombres trabajando})} = 12/2319$$

La proporción para las mujeres sería:

$$\frac{P_{\text{mujeres}} (\text{Número de mujeres en puestos directivos})}{(\text{Total de mujeres trabajando})} = 18/9281$$

Razón entre las proporciones:

$$\text{Razón} = \frac{P_{\text{hombres}}}{P_{\text{mujeres}}} = \frac{(12/2319)}{(18/9281)} = 2,6$$

OBJETIVOS DEL TRABAJO

Objetivo general: Detectar las barreras que limitan el acceso de las mujeres a posiciones de gestión y dirección en enfermería.

Objetivos específicos:

- Identificar la relación que hay entre el género y el acceso a los puestos de gestión y dirección en enfermería.

- Examinar que factores actúan como barrera en el acceso a estos puestos de liderazgo en las enfermeras.

- Reconocer aquellos factores sobre los que se pueda intervenir para promover el liderazgo y acceso a puestos directivos a las mujeres enfermeras.

MATERIAL Y MÉTODOS

Diseño

En el presente trabajo se ha realizado una revisión bibliográfica sobre las causas que perpetúan la desigualdad de género respecto a los puestos de liderazgo en enfermería. Se han tenido en cuenta la bibliografía revisando las bases de datos PubMed, CINHALL, SIRIUS y SCOPUS. Del mismo modo, se ha seleccionado bibliografía gris de alta relevancia para el tema extrayendo información de fuentes oficiales como la OMS y la web del Ministerio de Salud del Gobierno de España. La búsqueda ha tenido lugar entre los meses de diciembre de 2023 y enero de 2024 respectivamente.

Se ha empleado la pregunta PIO (**Tabla 1**) como base para la realización de la búsqueda, partiendo de la pregunta de investigación ¿Qué factores perpetúan la desigualdad de género en el liderazgo de las mujeres enfermeras?

Para la estrategia de búsqueda se han utilizado los siguientes limitadores

• Límites

Artículos en castellano y en inglés

Fecha de publicación en los últimos 5 años

Los criterios de inclusión y exclusión tenidos en cuenta han sido:

• Criterios de inclusión

Revisiones bibliográficas, artículos primarios e informes publicados por organismos oficiales relacionados con el tema.

• Criterios de exclusión

Textos que hacen referencia a la pandemia de la COVID-19

Artículos de baja evidencia científica como blogs y folletos

Tabla 1. Estrategia PIO

Acrónimo	Definición	Concepto
P	Población/paciente	Enfermeras
I	Intervención	Ocupación de puestos de gestión y liderazgo
O	Resultado (outcome)	Brecha de género en roles de liderazgo o diferencias de género en roles de liderazgo

Fuente: Elaboración Propia

Se han incluido todos los estudios y revisiones publicados entre 2019 y 2024 para que el estudio sea más pertinente y con la intención de incluir las últimas actualizaciones del tema. Por otro lado, se ha empleado el método Bola de Nieve para seleccionar artículos de interés para la investigación, en concreto cinco artículos cumplían los requisitos. En la **Tabla 3** se pueden observar las ecuaciones de búsqueda utilizadas en

cada base de datos, así como los resultados después de cada cribado.

Los términos utilizados fueron seleccionados en la base de datos PubMed con el tesoro de Medline, MeSh y con el descriptor específico de ciencias de la salud, DeCS, para traducir las palabras clave y poder llevar a cabo una búsqueda más exhaustiva (**Tabla 2**).

Tabla 2. Descriptores MeSh y DeCS

Castellano	Inglés
Enfermera, enfermería	<i>Nurse, nursing</i>
Liderazgo	<i>Leadership</i>
Brecha de género	<i>Gender gap</i>
Género	<i>Gender</i>
Causa, factor, desafío, barrera	<i>Cause, factor, challenge, barrier</i>

Fuente: Elaboración Propia

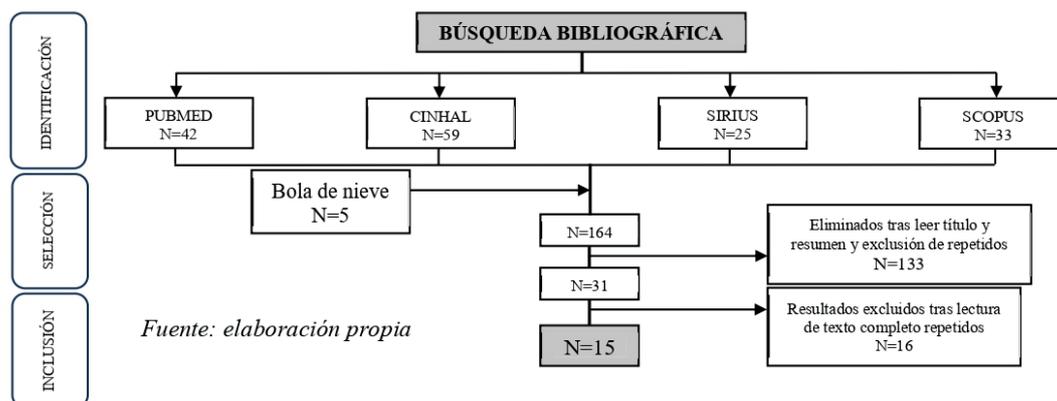
Tabla 3. Estrategias de búsqueda y resultados

	BÚSQUEDA	RESULTADOS	PRIMER CRIBADO	SEGUNDO CRIBADO
PUBMED	((nurs*[Title]) AND (leadership gap OR leadership[Title])) AND ((barriers[Title] OR factors[Title] OR challenges[Title] OR causes[Title]))	42	8	Tras eliminar artículos repetidos, de baja importancia, poco relevantes y desactualizados.
CINHAL	TI nurs* AND TI leader* AND TI (barriers OR factors OR challenges OR causes) NOT (covid-19 or coronavirus or 2019-ncov or sars-cov-2 or cov-19) (2019-2024)	59	9	
SIRIUS	TI nurs* AND TI leadership AND TI gender	25	11	
SCOPUS	((nurs OR nurse OR nursing OR nurses OR nursing) AND (leadership OR management) AND (barriers OR obstacles OR challenges) AND (gender) AND (female OR women OR woman OR female)) AND PUBYEAR > 2018 AND PUBYEAR < 2025 AND (LIMIT-TO (SUBJAREA , "NURS")) AND (LIMIT-TO (EXACTKEYWORD , "Female")) AND (LIMIT-TO (LANGUAGE , "Spanish") OR LIMIT-TO (LANGUAGE , "English")) AND (LIMIT-TO (OA , "all"))	33	2	
BOLA DE NIEVE	-	5	5	
TOTAL	-	164	31	15

Fuente: elaboración propia

En la **FIGURA 1** se puede observar un resumen del procedimiento de elección en forma de esquema de diagrama de flujo PRISMA que se ha llevado a cabo para seleccionar la inclusión de los 15 artículos revisados.

Figura 1. Diagrama PRISMA



Fuente: elaboración propia

RESULTADOS

Tras la comprensión global de los artículos seleccionados se procede al estudio de estos. En la **Tabla 4** se muestra el análisis global de los 15 artículos en los que se recoge el título, año de publicación, procedencia, autores, metodología utilizada y los principales resultados.

Con el fin de facilitar la clasificación de la información, se ha optado por agruparlos teniendo en cuenta las barreras que perjudican a las enfermeras desde un punto de vista cultural, profesional, organizacional e individual.

Tabla 4. Descripción general de los estudios incluidos

TÍTULO	AÑO	PROCEDENCIA	AUTOR/ES	METODOLOGÍA	RESULTADOS DE INTERÉS
Gender and Nursing Leadership	1986	Estados Unidos	Journal of Nursing Administration (JONA)	Cualitativa	En comparación con los hombres, las mujeres líderes adoptan un estilo menos agresivo y visible, debiendo demostrar constantemente sus competencias para desafiar los estereotipos de género.
Delivered by Women, Led by Men: A Gender and Equity Analysis of the Global Health and Social Workforce	2019	-	World Health Organization (WHO)	Mixta	Informe de la OMS sobre la posición global de las mujeres sanitarias, abordando segregación ocupacional, liderazgo, discriminación y brecha salarial desde una perspectiva de género. Analiza su presencia en distintos ámbitos, las barreras que enfrentan y las consecuencias de estas desigualdades, proponiendo soluciones para la equidad.
Barriers to nurse leadership in an Indonesian hospital setting	2019	Indonesia	Wardani E, Ryan T	Cualitativa	Los límites para desarrollar puestos de liderazgo incluían la familia y las responsabilidades del hogar eran los principales impedimentos. Desde la perspectiva cultural el hecho de que "el lugar de las mujeres esté relegado al ámbito del hogar" impone una barrera para las mujeres enfermeras para llegar a puestos de poder.
Report uncovers gender barriers to leadership within nursing	2019	Australia	Australian Nursing & Midwifery Journal	Cualitativo	Aunque las mujeres representan el 70% de la fuerza laboral en salud, solo el 25% ocupa cargos de liderazgo. El 45% de las encuestadas mencionó la falta de formación como el principal obstáculo, seguido de percepciones culturales y falta de confianza. Se destacan barreras de género en el liderazgo de enfermería en Australia, incluyendo desigualdades salariales y oportunidades limitadas.
Emotional intelligence, gender, and transformational leadership among nurses in emerging economies	2019	Ghana	Apore G, Asamoah E	Cuantitativa	Este estudio cuantitativo llevado a cabo en Ghana dedujo que no había diferencias en término de comportamiento del liderazgo transformacional debido al género de los líderes. Alega que el comportamiento individual siempre va más allá del género y otros factores como el entorno, herencia, cultura y experiencias particulares.
Gender-related barriers stifle nurses' leadership potential - ICN survey	2019	Irlanda	World of Irish Nursing & Midwifery	Cualitativa	Estudio con 2,537 enfermeras y matronas a nivel mundial que identifica como principales barreras para el liderazgo femenino la desvalorización de la enfermería, el techo de cristal y la falta de confianza. Se prevé que en 2019 habrá un déficit de 18 millones de profesionales de la salud, el 50% enfermeras.
The Power and the Feminine Leadership in Gender Relations in the Cases of Nursing	2020	México	Gómez-Torres D, Gómez-Alcántara K	Cualitativa	Estudio cualitativo basado en entrevistas semiestructuradas a cuatro mujeres sobre las barreras al acceder a puestos directivos. Destaca la necesidad de eliminar el poder hegemónico masculino para impulsar un cambio ideológico y cultural que visibilice a las mujeres en el liderazgo. Propone un compromiso profesional y un liderazgo transformacional para generar entornos sinérgicos que favorezcan estos avances.
A multicentre study of nursing leadership in andalusian hospitals from a gender-based perspective	2021	España	Carrasquilla C, Castillo R, Reche C et al.	Cuantitativa	Se llevó a cabo un estudio en 18 hospitales andaluces que analizaba el tipo de liderazgo en función del género. El más común es el liderazgo transaccional y las mujeres lo lideraban. Desde una perspectiva de género, las mujeres enfermeras líderes tenían mejores niveles de desempeño que sus homólogos masculinos.

Conciliación familiar, laboral y personal de los y las profesionales de enfermería en España	2021	España	Conejo Pérez M, Amezcua Sánchez A, González López C	Cuantitativa	El estudio, realiza una investigación ad hoc y analiza variables como el tipo de contrato, salario, estudios de postgrado, tiempo invertido en cuidado del hogar e hijos, reducciones de jornada, conciliación... Se dedujo que las mujeres reducían más su jornada de trabajo, tenían más excedencias y su sueldo era menor. Esto tiene un impacto directo en la satisfacción laboral y en general en la atención sanitaria.
Closing the Leadership Gap: Gender Equity and Leadership in the Global Health and Care Workforce	2021	-	World Health Organization (WHO)	Mixta	La OMS publicó este informe con el fin de analizar la paradoja de porque hay tan pocas mujeres encabezando posiciones de liderazgo en profesiones feminizadas de la salud. Concluye que la brecha de liderazgo solamente se puede cerrar mediante el abordaje de las barreras a las que se enfrentan las mujeres. Además, facilita un marco de acción para apoyar este liderazgo femenino.
Women's career progression to management positions in Jordan's health sector	2022	Jordania	Khader Y, Essaid A, Alayahya M et al.	Mixta	Las mujeres jordanas enfrentan doble discriminación por ser mujeres y árabes. Este estudio describe cómo la religión y la cultura influyen en el liderazgo de las enfermeras, destacando barreras como la inequidad laboral, la discriminación, la falta de cualificación, factores culturales y responsabilidades familiares.
Workplace gender discrimination in the nursing workforce—An integrative review	2023	Australia	Gauci, P. et al.	Mixta	Explora las experiencias de discriminación de género en el lugar de trabajo desde la perspectiva de enfermeras registradas. La conclusión del estudio señala que tanto hombres como mujeres en enfermería experimentan discriminación de género en el lugar de trabajo, pero las formas y consecuencias de esta discriminación varían significativamente según el género.
Exploring perceived barriers for advancement to leadership positions in healthcare: a thematic synthesis of women's experiences	2023	Reino Unido	Haines A, McKeown E	Cualitativa	Se identificaron seis barreras que impedían a las mujeres alcanzar puestos directivos: sentimientos, balance trabajo-casa, falta de apoyo, estereotipos, comportamientos discriminatorios y cultura. Para su redacción se han tenido en cuenta testimonios reales de mujeres.
Investigation of gender balance in leaders of nursing and directions for mediation to influence policy	2023	Europa	Balkin E, Tauzer J, Xiarchi L	Cualitativa	Este proyecto europeo investiga la situación de género en enfermería en varios países. En Europa, el 57% de la fuerza laboral en salud son enfermeras, de las cuales el 89% son mujeres, pero solo el 25% ocupa cargos de liderazgo. Analiza barreras de género en enfermería, como la dicotomía curar/cuidar, la educación y la autonomía, y ofrece recomendaciones para reducir estas diferencias.
Barriers to advancing women nurses in healthcare leadership: a systematic review and meta-synthesis	2023	Australia	Pincha Baduge M, Garth B, Boyd L et al.	Revisión sistemática y metátesis	Este estudio, que resume 32 investigaciones, revela que las enfermeras, aunque mayoría en la profesión, están subrepresentadas en el liderazgo sanitario. Las barreras clave incluyen la falta de modelos a seguir y desarrollo de habilidades de liderazgo, estereotipos de género y sesgo, y problemas estructurales organizacionales. Estos obstáculos deben abordarse a nivel sistémico y organizacional para facilitar el avance de las enfermeras en roles de liderazgo.

Fuente: elaboración propia

Estereotipos, sesgo de género y creencias culturales

El trabajo del cuidado ha sido vinculado históricamente con los “instintos naturales” como una extensión del rol de madre. Aunque la enfermería se ha profesionalizado, la imagen de las mujeres ocupando esta labor perdura en la esencia de la profesión (Balkin et al., 2023). Los esfuerzos de Nightingale para profesionalizar la enfermería radicaron en la desconexión de los conceptos cuidar (donde destacaban las mujeres) y curar (el conocimiento técnico de los hombres los hacía más aptos para este trabajo) (Gauci, P et al. 2023).

La autoridad y el liderazgo son conceptos que se han correlacionado con el poder y la influencia, tradicionalmente asociados al género masculino (Gómez-Torres & Gómez-Alcántara, 2020). Son los hombres los que toman las decisiones que luego las mujeres deben ejecutar (WHO, 2019). Así pues, la mujer es educada para ayudar o complementar el servicio de alguien, por tanto, demostrando su falta de cualidades para el ejercicio de actividades que denoten poder (Gómez-Torres & Gómez-Alcántara, 2020).

Es común a día de hoy que las mujeres vayan poco a poco ocupando profesiones que históricamente han sido ejercidas por hombres como la medicina, derecho o farmacia. Sin embargo, el cauce de la enfermería ha sido algo distinto; aunque se haya aumentado el número de enfermeros de género masculino durante las últimas dos décadas (Instituto Nacional de Estadística [INE], 2022), la proporción de hombres enfermeros/ mujeres enfermeras sigue siendo muy desigual. Los estereotipos de género, sesgos, discriminación desequilibrio de poder y privilegio contribuyen a una división de liderazgo entre hombres y mujeres (Pincha Baduge et al., 2023).

El liderazgo es más que ser un CEO (del inglés *Chief Executive Officer* o director ejecutivo), es conducir a los miembros del grupo, establecer metas y guiarlos para conseguir los objetivos (Haines & Mckeown, 2023).

La diferencia entre los países occidentales y orientales es notoria. En Ghana se llevó a cabo un estudio que afirmaba que el género no era un factor predictivo para estudiar la posible repercusión del género en el liderazgo enfermero (Apore & Asamoah, 2019) a diferencia del resto de estudios de países occidentales donde se concluye lo contrario.

Del mismo modo, otro estudio reveló que en la cultura indonesia “el sitio de la mujer es la casa”, lo que

supone una barrera para que las enfermeras accedan a puestos de liderazgo (Wardani & Ryan, 2019). Aunque muchas mujeres reciben formación universitaria, aún se les incita a que se centren en formar una familia antes que en su carrera. Por otro lado, interviene la influencia del Islam, que garantiza a los hombres una autoridad relativa sobre la mujer en términos financieros, matrimonio y divorcio (Khader et al., 2022).

Turnos de trabajo, profesión brecha salarial y políticas públicas

Uno de los motivos estructurales que se han encontrado es que las mujeres enfermeras desempeñan doble turno de trabajo: ofrecen un cuidado informal dentro de las dinámicas familiares al mismo tiempo que trabajan fuera de casa (Balkin et al., 2023). España presenta un grado de falta de corresponsabilidad del trabajo no-remunerado muy pronunciado en cuanto a la profesión enfermera (Conejo Pérez et al., 2021). De forma parecida, algunas participantes del estudio de Gauci et al. (2023) indicaron que las mujeres estaban obligadas a cuidar a sus familias además de su trabajo de enfermeras, lo que afecta de forma directa su rendimiento tanto en el ámbito laboral como en el personal, generando un ciclo de estrés y fatiga. Este fenómeno, conocido como sobrecarga laboral, no solo impacta la salud de las enfermeras, sino que también compromete la calidad de la atención que brindan a sus pacientes (Gauci et al. 2023).

Un estudio que mostraba la opinión de algunas enfermeras afirmaba que progresar en el liderazgo significaría abandonar la práctica asistencial. Las enfermeras dedicadas a lo asistencial veían a sus compañeras líderes como “ex-enfermeras” ya que habían abandonado la práctica clínica (Pincha Baduge et al., 2023). Un estudio similar en Lituania desvelaba que, para algunas enfermeras, las habilidades y técnicas de enfermería tenían mayor relevancia que las capacidades directivas (Wardani & Ryan, 2019).

Pincha Baduge et al. probaban que avanzar en la escala de liderazgo, a menudo suponía la pérdida de flexibilidad de turnos, necesitando trabajar a tiempo completo, no permitiéndose un turno de trabajo con reducción de jornada. Los directores priorizan la formación de aquellos trabajadores a tiempo completo, resultando en la marginalización de aquellos con disminución de jornada –en la mayoría de los casos, mujeres-. Se mostró que las enfermeras que trabajan a tiempo completo tienen más posibilidades de avanzar en la carrera profesional que aquellas a tiempo parcial (Pincha Baduge et al., 2023).

De la misma manera, un informe de la WHO respalda la idea de que en el sector de la salud ellas son menos propensas que los hombres a ejercer un trabajo a tiempo completo (WHO, 2021) ya que se reducen la jornada laboral, utilizan las excedencias para cuidar a hijos y/o personas dependientes (Conejo Pérez et al., 2021). Solamente trece países cuentan con una política de baja paternal remunerada que se traduce en la capacidad de corresponsabilidad del cuidado de los hijos y otras obligaciones. Esto significa que en 92 países las madres asumen la mayor parte del cuidado, perpetuando así los estereotipos de género y roles de crianza tradicional (WHO, 2019,2021).

Ellas, reducen su jornada, adaptan la flexibilidad horaria o piden permisos sin sueldo; generando una desigualdad efectiva. Esta desigualdad supone indirectamente una pérdida salarial significativa y consecuentemente la percepción de un salario medio menor que el de sus homónimos varones, puesto que las medidas de conciliación suponen una pérdida remunerativa. Las diferencias económicas se reflejan en que el salario medio de los enfermeros es de 1818€ frente al de las enfermeras que es de 1617€ (Pérez et. Al, 2021).

Según el Fondo Mundial económico citado en un artículo de 2019 de la OMS, los hombres trabajan una media de 7 horas y 47 minutos y aproximadamente 1 hora y media de trabajo no remunerado. Mientras que las mujeres trabajan 8 horas y 39 minutos, además de 4 horas con 47 minutos sin remunerar. Es decir, las mujeres emplean más de 3 horas que los hombres en trabajos no remunerados. Éstas, proveen de cuidados básicos de salud para aproximadamente 5 billones de personas en el mundo, y contribuyen con aproximadamente 3 billones de dólares; la mitad en forma de trabajo no remunerado (WHO, 2019, 2021).

En cuanto al tiempo personal, las mujeres poseen cuatro horas menos que los hombres enfermeros. Y, a su vez, dedican a las tareas del hogar una hora diaria más que sus compañeros hombres. El hecho de que tengan menos tiempo personal fiscaliza el tiempo de estudio y consecuentemente la obtención de una plaza fija por concurso-oposición. Se ha estudiado que la prevalencia de contratos fijos en hombres es de casi el 50% frente a las mujeres que es del 36% (Conejo Pérez et al., 2021).

Respecto a los estudios de postgrado, en España, un 0,51% de las enfermeras realizan un doctorado frente a un 3,73% de enfermeros. Con relación al máster, un 30,06% de las mujeres lo estudia frente a un 31,52% de hombres (Conejo Pérez et al., 2021). Estos datos exponen de manera muy clara lo que se conoce como “leaky

pipeleine” (reducción progresiva de la participación académica de las mujeres). Hay una regresión muy marcada en la presencia de mujeres en puestos de liderazgo, se materializa en forma de la tubería con fugas y techo de cristal, proporcionando la creencia de que existen barreras a cada nivel y no solo en los puestos más altos (Haines & Mckeown, 2023).

Hoy en día 90 países del mundo se rigen por leyes de empleo que restringen los trabajos que las mujeres pueden ejercer; un ejemplo más drástico sería que en 18 países, los maridos tienen el derecho legal de impedir que sus mujeres trabajen fuera del hogar (WHO, 2021).

Falta de referentes, formación y reconocimiento

Las enfermeras deben de reafirmar su autoridad y luchar por la independencia continuamente (Pincha Baduge et al., 2023). Los líderes, a su vez, deben servir de modelo para establecer la imagen de que las mujeres son capaces de realizar esas tareas de dirección tan bien como sus compañeros varones (JONA, 1986). Sin embargo, la idea de “pisar” u ofender a sus compañeras o simplemente la idea de tener el control, previene a las mujeres de acceder a estos puestos (Haines & Mckeown, 2023). El apoyo profesional, redes sociales y mentores se percibían como facilitadores para carreras más exitosas en términos de liderazgo (Khader et al., 2022).

Cabe destacar, que en las posiciones de un nivel medio de responsabilidad sí que hay mayor equilibrio entre hombres y mujeres (Gómez-Torres & Gómez-Alcántara, 2020).

Se espera que las enfermeras cumplan con un papel clásico de cuidado acorde a las demandas laborales actuales. Sin embargo, al asumir estas funciones tradicionales basadas en expectativas preestablecidas, se perjudica tanto al sistema de salud, debido a la fuga de talentos valiosos, como a las propias enfermeras, ya que esto limita la cantidad de modelos a seguir para otras mujeres. La administración no obtiene beneficios ya que la potencialidad de esas enfermeras se desaprovecha, y sus compañeras tampoco se benefician ya que, al no tener referentes, interiorizan que no deben ocupar esos espacios de dirección (JONA, 1986).

Se muestran diferentes artículos que exponen la falta de transparencia y uniformidad a la hora de elegir a los altos cargos. Esto infiere que algunos de los participantes en estudios no estuvieran seguros de los criterios utilizados para los nombramientos (Pincha Baduge et al., 2023). El nepotismo se ha descrito como la causa principal por la cual se asciende a puestos

de poder, pues solamente en algunos de los casos se debían a los logros obtenidos o el desempeño en el trabajo (Khader et al., 2022).

Personalidad, tipo de liderazgo ejercido y otros discriminadores

Son ellas, las propias mujeres, las que deben elegir si son más efectivas y están más satisfechas con un comportamiento más tradicional o si, por el contrario, deciden incorporar conductas “más masculinas” con el fin de alcanzar los resultados deseados (JONA, 1986). Los sentimientos y pensamientos relacionados a la inadecuación sentida de las mujeres en relación a su género para alcanzar esos roles de liderazgo son la muestra de que éstas llevan a cabo un “proceso de auto-selección” interno que les lleva a infraestimar sus habilidades llevándoles a creer que no están hechas para esos puestos (Haines & Mckeown, 2023).

Desde una perspectiva de género se estudió que las mujeres tienen mayor tendencia a ejercer un tipo de liderazgo más transaccional. Además, se estudió que las supervisoras son más creativas y obtienen mejor rendimiento de los trabajadores, son capaces de generar mayor pasión y entusiasmo que los hombres (Carrasquilla et al., 2021).

Si se compara con los hombres, las mujeres enfermeras ejercen un tipo de liderazgo menos agresivo, lo que comúnmente se asocia a “un liderazgo de bajo perfil” (JONA, 1986). Si son más asertivas, agresivas o adoptan una actitud de líder tradicional, son percibidas como antipáticas, dominantes o dictatoriales. Sin embargo, si son amables y compasivas, son demasiado débiles para liderar (Haines & Mckeown, 2023).

La convergencia de factores adicionales como por ejemplo la raza, religión, pertenencia al colectivo LGTBI+, casta, clase social y etnia suponen una desventaja añadida en las mujeres con más de una identidad discriminante (Pincha Baduge et al., 2023). Por ejemplo, las mujeres negras y latinas en la salud perciben un salario menor que sus compañeras de raza blanca en posiciones idénticas (WHO, 2021).

DISCUSIÓN

El objetivo de esta revisión es analizar qué factores influyen en el acceso de las mujeres a posiciones de liderazgo en enfermería, una profesión mayoritariamente femenina. Se han encontrado

diversas causas que podrían ser el origen de este fenómeno.

Históricamente, las mujeres han sido cuidadoras, pues ya en las civilizaciones antiguas, como la egipcia, la griega o la romana, las diosas eran las protectoras de la salud, cuidadoras y curanderas. Los dioses, sin embargo, eran apreciados como símbolos de autoridad y sabiduría (Fernández Tijero, M.ª C., 2016). Las creencias de que la mujer está destinada al hogar o al cuidado han perdurado hasta el día de hoy, donde aún, directa o indirectamente, rigen las dinámicas de la sociedad actual.

El término “glass escalator” o escalera mecánica de cristal fue descrito por primera vez en 1992 por la socióloga americana Christine L. →Williams. Que se refiere a la ventaja que experimentan los hombres en las denominadas profesiones de mujeres como la enfermería, por ejemplo (Williams C.L., 2013). Desde esta perspectiva, los hombres mantienen beneficios asociados a su género incluso cuando son minoría numérica o tokens, lo que les facilita acceder a posiciones más privilegiadas o de poder a través de la «escalera de cristal», sin encontrarse con los obstáculos propios que enfrentan las mujeres en situaciones similares, beneficiándose de estereotipos de género que asocian a los varones con cualidades de liderazgo (Salguero y García, 2019).

Las mujeres afrontarían un “techo de cristal”, es decir, las barreras que les impedirían seguir ascendiendo laboralmente. De manera habitual, las mujeres han desempeñado puestos de apoyo a las profesiones de los varones; pero con el tiempo, ellos van ocupando posiciones conocidas como “empleos de cuello rosa” que son aquellos que, tradicionalmente, se han reservado exclusivamente para mujeres. Los hombres, por otro lado, se benefician de su posición de token, debido a la asunción generalizada de que ellos son más capaces que las mujeres de regentar posiciones de liderazgo (Jacobs E., 2018).

Las promociones a la alta dirección generalmente son llevadas a cabo por aquellos que ya ocupan esos cargos, y en su mayoría son hombres. Estos líderes suelen seleccionar a candidatos de su círculo cercano, conformado mayormente por hombres que conocen y en quienes confían. En ciertos contextos, se observa que los hombres son promocionados basándose en su potencial, mientras que las mujeres lo son principalmente por sus logros y resultados. Se identifican la ausencia de claridad y coherencia en los procesos de selección para posiciones de liderazgo como un factor determinante que relega a un segundo

plano el mérito y la competencia laboral de las mujeres enfermeras (Pincha Baduge et al., 2023; Khader et al. 2022).

En la misma línea, se describe el “suelo pegajoso” como la dificultad que tienen las mujeres para ascender desde los niveles más bajos de una organización, a aquellos puestos directivos o de gestión. En el contexto de la enfermería, el suelo pegajoso puede ser el resultado de estereotipos de género que asumen que las mujeres prefieren, o son más adecuadas, para el cuidado directo de los pacientes en lugar de roles administrativos o ejecutivos. El suelo pegajoso retiene a las mujeres en los niveles más bajos de la pirámide laboral, con baja movilidad y barreras invisibles- techo de cristal- para su avance profesional (EIGE [European Institute for Gender Equality], 2024).

En la bibliografía consultada, entre otras cosas, se relaciona directamente el suelo pegajoso con el “síndrome del impostor” que es un fenómeno psicológico donde los individuos son incapaces de interiorizar sus logros y tienen un miedo persistente de ser descubiertas como un fraude, es decir, creen que sus éxitos son resultado del azar o de la suerte, el lugar de confiar en sus propias habilidades o esfuerzos (BBC, 2015).

Se objetiva la maternidad como un factor que delimita el acceso de las enfermeras a puestos de poder. Varios autores concluyen que el modelo de producción y distribución vigente que otorga a las mujeres el cuidado de los hijos, familiares y tareas de hogar, obstaculiza el ascenso de las mujeres a cargos más altos. Además, las madres trabajadoras son percibidas como menos comprometidas por sus obligaciones familiares, y por tanto menos deseables para el ascenso (JONA, 1986; Wardani & Ryan, 2019; World of Irish Nursing & Midwifery, 2019; WHO, 2019, 2021; Conejo Pérez et al., 2021; Khader et al., 2022; Balkin et al., 2023; Haines & Mckeown, 2023).

Muy relacionado con la maternidad, se encuentran otros estereotipos de género a los que se enfrentan tanto las mujeres como los hombres. Son los sesgos inconscientes los que conducen a un sexismo enraizado en la cultura global. Los hombres reportan que experimentan discriminación cuando entran a carreras, estereotípicamente hablando, femeninas; esta discriminación procede de medios externos, mientras que, dentro de la profesión, ellos han sido ampliamente aceptados. En los trabajos feminizados, los varones se perciben como más competentes y preparados para el liderazgo; y por tanto reciben mayor compensación (Newman et al., 2019).

A lo largo de esta revisión se ha examinado que varios autores coinciden en que son las mujeres quienes con mayor frecuencia se reducen la jornada, adaptan sus horarios y utilizan excedencias para el cuidado de hijos y otros familiares dependientes (Conejo Pérez et al., 2021), y es este hecho el que merma su salario. No es su género como tal lo que limita directamente su sueldo, sino que es la concomitancia de varias causas, que hacen que trabajen menos horas, e indirectamente ganen menos. Las mujeres con hijos pagan lo que se conoce como “penalización por maternidad”, que se describe como el fenómeno por el cual el salario de las mujeres disminuye una vez se convierten en madres. A diferencia de los hombres que reciben lo que se llama “bonus de paternidad”, dónde ha sido estudiado que los padres ganan salarios más altos que los solteros (WHO, 2019).

Este fenómeno también conlleva que no se considere la posibilidad de que los cargos de alta dirección sean desempeñados en jornadas parciales. Como resultado, se objetiva en una barrera para las mujeres, quienes más comúnmente optan por reducir sus horas de trabajo, limitando así su acceso a roles de liderazgo (Conejo Pérez et al., 2021).

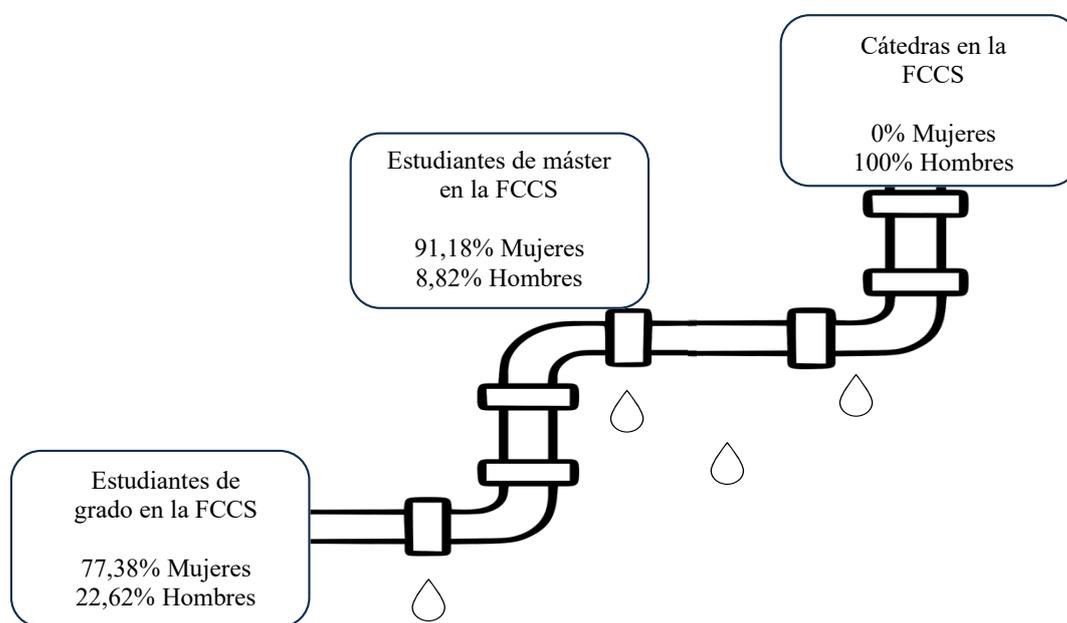
Como ya se ha mencionado con anterioridad, en promedio, las mujeres destinan una hora adicional diaria al cuidado de hijos y enfermos, además de reducir su tiempo personal en cuatro horas semanales respecto a sus compañeros varones, supone un desequilibrio en la distribución de las labores del hogar. Este hecho se relaciona directamente con que proporcionalmente existan más hombres que mujeres que ocupen puestos de poder; ya que éstas tienen menos tiempo de estudiar una oposición, consecuentemente, mayor dificultad para obtener un puesto fijo y disponen de menos herramientas y formación que les permita ascender laboralmente (Conejo Pérez et al., 2021).

La distribución de roles por género se clasifica en actividades «limpias» y «sucias», reflejando una tendencia masculina hacia la evitación de labores consideradas «sucias» y la normativa sociocultural correspondiente. En este contexto, se observa que a menudo se asignan a las enfermeras tareas «sucias» como ayudar en el aseo y la ducha, mientras que los enfermeros se encargan de actividades «limpias» como procedimientos médicos, curaciones y tareas administrativas. (Newman et al., 2019). Ejercer un trabajo generalmente dominado por mujeres se ve como un descenso en el estatus de los hombres. Es por ello por lo que deciden dejar de lado de cierta manera el rol asistencial, para desempeñar puestos de poder que les desvinculen hasta cierto punto del “trabajo sucio” (Gauci et al., 2023).

Con relación a la educación, en la Universidad Pública de Navarra realizó un informe en el año 2021 donde se expone, entre otros datos, que, en ese año, el 100% de las cátedras en la Facultad de Ciencias de la Salud fueron ocupadas por hombres. Este es un hecho que resalta puesto que tan solo el 25% de los alumnos que cursan un grado de esta facultad son hombres (Vicerrectorado de Proyección Universitaria, Cultura y

Divulgación. UPNA, 2021). En inglés se expone este hecho conocido como "Leaky Pipeline" o "fugas en la tubería" a modo de analogía como se muestra en el **Anexo 1** y se describe como una disminución gradual de mujeres a medida que se avanza en la jerarquía profesional. Se observa que acceden a formaciones intermedias pero su formación se detiene ahí, ya que los puestos de gestión y liderazgo se reservan para los hombres.

Anexo 1. Estudiantes de la FCCS de la UPNA por nivel de estudios en 2021



Fuente: elaboración propia

Otra de las razones que parecen ser el origen de la falta de enfermeras directivas es la falta de referentes femeninos. El aumento de mujeres en estos niveles directivos podría actuar como un agente de cambio significativo. Esto se debe no solo a que las mujeres tienden a mostrar una mayor sensibilidad hacia este tema, sino también porque las mujeres en posiciones directivas pueden servir como modelos a seguir para otras mujeres en niveles de gestión intermedios.

A continuación, se procede a la citación de ejemplos que demuestran la falta de mujeres en puestos de gestión:

- En la Canadian Nurses Association (Asociación de Enfermeras Canadienses): el director y director ejecutivo son hombres (Canadian Nurses Association, s.f.)

- La Federación Europea de Asociaciones de Enfermería, el presidente es un hombre, y de todo el comité ejecutivo tres son mujeres y cuatro hombres (European Federation of Nurses Association, 2011)

- En el Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España: el presidente es un hombre, la vicepresidenta una mujer, y los vicepresidentes segundo y tercero son hombres (Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España, 2013).

- En los Colegios Provinciales, 18 de las 52 presidencias están ocupados por hombres, es decir casi un 35%. Un porcentaje elevado teniendo en cuenta que un 84% de las enfermeras en España son mujeres (Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España, 2013).

La importancia de este estudio radica en dos aspectos fundamentales: el primero de ellos es que debido a que las mujeres no ocupan esos puestos de toma de decisiones, se pierde mucho talento femenino por el camino. Las enraizadas y diversas realidades culturales y tradiciones hacen que sea imposible abordarlo solamente por parte de enfermería, dejando en evidencia la necesidad de un abordaje multidisciplinar, global y coordinado.

AGRADECIMIENTOS

A mi familia, mis amigas y todas las mujeres disidentes, rebeldes e inconformistas, a las que luchan diariamente por defender nuestros derechos y reivindican nuestro lugar en el mundo.

CONCLUSIÓN

- Las principales barreras incluyen el «techo de cristal», el «suelo pegajoso», la falta de referentes femeninos en liderazgo, la penalización por maternidad y la falta de corresponsabilidad del cuidado familiar. Además, los procesos de promoción tienden a favorecer a los hombres, quienes suelen ser elegidos por su potencial, mientras que a las mujeres se les exige demostrar resultados.

- La estructura de género influye en el acceso a puestos directivos, ya que la enfermería es una profesión feminizada, pero los hombres tienen más probabilidades de ascender debido a la «escalera mecánica de cristal». Mientras las mujeres enfrentan múltiples obstáculos, los hombres tienden a utilizar la gestión como vía para sortear los prejuicios asociados a una profesión feminizada.

- Entre los principales factores se encuentran los estereotipos de género que asocian a la mujer con el rol asistencial, la falta de conciliación laboral y familiar, la discriminación estructural en los procesos de selección, el síndrome del impostor, la falta de modelos femeninos en liderazgo y la distribución desigual del tiempo dedicado a la formación y el desarrollo profesional.

- Para fomentar el liderazgo femenino en enfermería, es necesario implementar políticas de igualdad, garantizar procesos de promoción transparentes y equitativos, flexibilizar horarios para la conciliación familiar, fortalecer redes de mentoría con referentes femeninos y concienciar sobre los sesgos de género en la toma de decisiones.

- Forjar una enfermería inclusiva y diversa, supone confrontar estos obstáculos que no permiten aprovechar el máximo potencial de la fuerza de trabajo enfermera para lograr una enfermería más justa, diversa y representativa de todos los colectivos que la conforman.

BIBLIOGRAFÍA

1. Apore, G. N., & Asamoah, E. S. (2019). *Emotional intelligence, gender and transformational leadership among nurses in emerging economies*. *Leadership in Health Services*, 32(4), 600–619. <https://doi.org/10.1108/LHS-12-2018-0067>
2. Australian Nursing & Midwifery Journal. (2019, July 19). *Report uncovers gender barriers to leadership within nursing*. <https://web.p.ebscohost.com/ehost/detail/detail?vid=14&sid=cb7328b3-ba9c-4381-abe7-e9d1f16fd7f1%40redis&bdata=JkF1dGhUeXBIPXNzbyZsYW5nPWVzJnNpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#AN=137071591&db=ccm>
3. Balkin, E., Tauzer, J., & Xiarchi, L. (2023). *Investigation of gender balance in leaders of nursing and directions for mediation to influence policy*.
4. BBC News Mundo. (2015, 26 noviembre). *¿Qué es el «síndrome del impostor» y por qué lo sufre tanta gente?* BBC News Mundo. https://www.bbc.com/mundo/noticias/2015/11/151125_salud_psicologia_sindrome_impostor_lb
5. Canadian Nurses Association. (s/f). *Board of directors*. *Cna-Aiic.Ca*. Recuperado el 16 de abril de 2024, de <https://www.cna-aiic.ca/en/about-us/our-leadership/board-of-directors>
6. Carrasquilla, C. R., Castillo, R. F., Reche, C., & García, G. (2021). *A multicentre study of nursing leadership in andalusian hospitals from a gender-based perspective*. *West Indian Medical Journal*, 69(2), 74–80. <https://doi.org/10.7727/WIMJ.2015.467>
7. Conejo Pérez, M. N., Amezcua Sánchez, A., & González López, C. (2021). *Conciliación familiar, laboral y personal de los y las profesionales de Enfermería en España*. *Metas de Enfermería*, 24. <https://doi.org/10.35667/metasenf.2021.24.1003081733>
8. Consejo General de Colegios Oficiales de Enfermería de España. (2013, junio 4). *Miembros*. consejogeneralenfermeria.org. <https://www.consejogeneralenfermeria.org/institucional/organos-de-gobierno/miembros>
9. EIGE [European Institute for Gender Equality]. (2024, 15 abril). *Suelo pegajoso*. European Institute For Gender Equality. https://eige.europa.eu/publications-resources/thesaurus/terms/1374?language_content_entity=es
10. European Federation of Nurses Associations. (2011, septiembre 6). *Executive Committee*. European Federation of Nurses Associations. https://efn.eu/?page_id=806
11. Fernández Tijero, M.ª C. (2016). *El origen de la mujer cuidadora: apuntes para el análisis hermenéutico de los primeros testimonios*. *Index de Enfermería*, 25(1-2), 93–97. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_art_text&pid=S1132-12962016000100021
12. Gauci, P., Luck, L., O'Reilly, K., & Peters, K. (2023). *Workplace gender discrimination in the nursing workforce—An integrative review*. *Journal of Clinical Nursing*, 32(17–18), 5693–5711. <https://doi.org/10.1111/JOCN.16684>
13. Gómez-Torres, D., & Gómez-Alcántara, K. S. (2020). *The Power and the Feminine Leadership in Gender Relations in the Cases of Nursing*. *International Journal of Social Sciences*, IX(1). <https://doi.org/10.20472/SS2020.9.1.003>
14. Haines, A. C., & Mckeown, E. (2023). *Exploring perceived barriers for advancement to leadership positions in healthcare: a thematic synthesis of women's experiences*. <https://doi.org/10.1108/JHOM-02-2022-0053> https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_art_text&pid=S1132-12962016000100021
15. Instituto Español de Investigación Enfermera. (2023). *El 90% de las enfermeras del mundo son mujeres, pero su presencia en puestos decisivos es escasa*. ieinstituto.es. <https://www.ieinstituto.es/noticias/456-el-90-de-las-enfermeras-del-mundo-son-mujeres-pero-su-presencia-en-puestos-decisivos-es-escasa>
16. Instituto Nacional de Estadística (INE). (2022). *Encuesta de Población Activa (EPA)*. Recuperado de https://www.ine.es/prensa/epsc_2022.pdf
17. Jacobs, E. (2018, 6 junio). *La «escalera de cristal» y la neutralidad de género*. EXPANSION. <https://www.expansion.com/expansion-empleo/desarrollo-de-carriera/2018/06/06/5b180ad246163fbf0c8b45e3.html>

18. Khader, Y., Essaid, A. A., Alyahya, M. S., Al-Maaitah, R., Gharaibeh, M. K., Dababneh, A. B., & Abualrub, R. F. (2022). *Women's career progression to management positions in Jordan's health sector*. *Leadership in Health Services*, 35(4), 576–594. <https://doi.org/10.1108/LHS-05-2022-0047>
19. Mansilla, M., (2022, 22 noviembre). *¿Qué es el tokenismo cisexista?* *Revista Anfibia*. <https://www.revistaanfibia.com/que-es-tokenismo-cisexista/>
20. Newman, C., Stilwell, B., Rick, S., & Peterson, K. (2019). *Investing in the power of nurse leadership: What will it take?* *IntraHealth International*. Nursing Now, Johnson & Johnson [Internet]. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/nursing/investing-in-nurse-leadership-report.pdf?sfvrsn=eb191afe_2&download=true
21. Pérez, M. N., Sánchez, A. A., & López, C. M. (2021). *Conciliación familiar, laboral y personal de los y las profesionales de Enfermería en España*. *Metas de Enfermería*, 24. <https://doi.org/10.35667/metasenf.2021.24.1003081733>
22. Pincha Baduge, M. S. S., Garth, B., Boyd, L., Ward, K., Joseph, K., Proimos, J., & Teede, H. J. (2023). *Barriers to advancing women nurses in healthcare leadership: a systematic review and meta-synthesis*. *EClinicalMedicine*, 67, 102354. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2023.102354>
23. Salguero, A. M., & García, J. E. G. (2019). *Escasa presencia de la mujer enfermera en puestos de poder*. *Revista Española de Enfermería de Salud Mental*, 8, 15–23. <https://doi.org/10.35761/reesme.2019.8.04>
24. Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea. (2022). *Memoria 2022*. www.sns-o.navarra.es. <https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/3600FF02-0F79-4531-AA14-FFC04CB70271/0/MemoriaSNSO2022.pdf>
25. The Journal of Nursing Administration (JONA). (1986). *Gender and nursing leadership*. <https://eds.p.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=16&sid=82720a4d-5eaa-4267-9b42-67c5a06acf27%40redis&bdata=JkF1dGhUeXBIPXNzbyZsYW5nPWVzJnNjb3BIPXNpdGU%3d#AN=edselc.2-52.0-0022689010&db=edselc>
26. Vicerrectorado de Proyección Universitaria, Cultura y Divulgación. UPNA. (2021). *Mujeres y Hombres en la Universidad Pública de Navarra*. La Igualdad en Cifras 2021. [unavarra.es](http://www.unavarra.es). https://www.unavarra.es/digitalassets/255/255573_100000dossier-mujeres-y-hombres-upna-2021_def.pdf
27. Wardani, E., & Ryan, T. (2019). *Barriers to nurse leadership in an Indonesian hospital setting*. *Journal of Nursing Management*, 27(3), 671–678. <https://doi.org/10.1111/jonm.12728>
28. Williams, C. L. (2013). *The Glass Escalator, Revisited: Gender Inequality in Neoliberal Times*, *SWS Feminist Lecturer*. *Gender and Society*, 27(5), 609–629. <http://www.jstor.org/stable/43669820>
29. World Health Organization (WHO). (2019). *Delivered by Women, Led by Men: A Gender and Equity Analysis of the Global Health and Social Workforce* (Human Resources for Health Observer Series No. 24). Geneva. https://cdn.who.int/media/docs/default-source/health-workforce/delivered-by-women-led-by-men.pdf?sfvrsn=94be9959_2
30. World Health Organization (WHO). (2021). *Closing the leadership gap: Gender equity and leadership in the global health and care workforce* (Policy action paper). <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/341636/9789240025905-eng.pdf?sequence=1>
31. World of Irish Nursing & Midwifery. (2019). *Gender-related barriers stifle nurses' leadership potential -- ICN survey*. <https://eds.p.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=13&sid=82720a4d-5eaa-4267-9b42-67c5a06acf27%40redis&bdata=JkF1dGhUeXBIPXNzbyZsYW5nPWVzJnNjb3BIPXNpdGU%3d#AN=138303484&db=ccm>
32. Zabalegui, A. (2019). *Fortalecimiento del liderazgo de la enfermera*. *Nursing*, 36(5), 6. <https://doi.org/10.1016/j.nursi.2019.09.001>

REVISIONES

Estrategias de afrontamiento después del trasplante cardíaco: implicación en la calidad de vida

Coping strategies after heart transplantation: involvement in the quality of life

Mari Mar Sarasa Monreal¹

Rebeca Manrique Antón¹

Leticia Jimeno San Martín¹

¹. Clínica Universidad de Navarra

Correspondencia: Mari Mar Sarasa Monreal (msarasam@unav.es)

Citación: Sarasa Monreal M, Manrique Antón R, Jimeno San Martín L. Estrategias de afrontamiento después del trasplante cardíaco: implicación en la calidad de vida. RevPuls 2025; 2(1)



RESUMEN

Introducción y objetivo:

El trasplante cardíaco (TC) es el procedimiento de elección para aumentar la supervivencia y calidad de vida de los pacientes con insuficiencia cardíaca refractaria. Tras el TC, los receptores deben hacer frente a desafíos fisiológicos y psicológicos que les condiciona al desarrollo de estrategias de afrontamiento, siendo estas predictoras del éxito del TC. Hay una gran preocupación en cuanto al modo en el que los pacientes son capaces de afrontar esta situación. El objetivo es evaluar las estrategias de afrontamiento y su implicación en la calidad de vida (CdV).

Material y métodos:

Estudio descriptivo, transversal, cuantitativo en pacientes sometidos a un TC. Se incluyeron pacientes adultos, trasplantados como mínimo hace 6 meses, que supieran comunicarse en español y cuyo estado de salud les permitiera cumplimentar un cuestionario sociodemográfico el cuestionario de afrontamiento "Brief COPE y "The World Health Organization Quality of Life" (WHOQOL-BREF). El análisis estadístico se realizó con el programa SPSS V25.

Resultados:

La muestra fue de 60 pacientes, la mayoría eran varones, casados y jubilados. Más del 90% utilizaba un afrontamiento activo y aceptaba la realidad de lo que le sucedía. La mayoría utilizaba estrategias basadas en emociones y el 1.7% consumía sustancias de abuso. Se observó una correlación negativa entre el afrontamiento inadecuado y centrado en emociones con la CdV y una correlación positiva entre afrontamiento activo y CdV.

Discusión y/o conclusiones:

Es fundamental que las enfermeras enseñen a los pacientes a desarrollar estrategias de afrontamiento orientadas en la resolución de problemas y eviten conductas inadecuadas o centradas en emociones.

Palabras clave: Trasplante de corazón, experiencia de vida, percepción, afrontamiento.

ABSTRACT

Introduction and objective:

Heart transplantation (HT) is the therapeutic procedure of choice to increase the survival and quality of life of patients with refractory heart failure. After the Transplant, the recipients must face important physiological and psychological challenges that condition them to the development of coping strategies, these being predictors of the success of the CT. There is therefore great concern as to the way in which patients are able to cope with this situation. The objective is to evaluate the coping strategies and their implication in the quality of life (QoL).

Material and methods:

Descriptive, cross-sectional study, with quantitative analysis in patients with HT. The criteria included: Over 18 years of age, transplanted at least 6 months ago, who can communicate in Spanish and whose state of health allows them to complete the following questionnaires: "Brief COPE, "The World Health Organization Quality of Life" (WHOQOL-BREF), and a sociodemographic questionnaire. Statistical analysis is performed with the SPSS V25 program.

Results:

Most of the patients are male, married and retired, with a mean age of 63 years. More than 90% use active coping and accept the reality of what is happening to them. Most use strategies based on emotions and 1.7% consume substances of abuse. There is a negative correlation between maladaptive and emotion-focused coping with QoL and a positive correlation between active coping and QoL.

Discussion and/or conclusions:

It is essential that nurses, teach patients to develop coping strategies oriented towards problem solving, and avoid maladaptive behaviors or behaviors focused exclusively on emotions.

Key words: Heart transplant, life experience, perception, coping.

INTRODUCCIÓN

El enfoque de la atención de los profesionales de la salud está cambiando, pasando de centrarse en la enfermedad, a orientarse hacia el cuidado de las personas más allá de la mera curación^{1,2}.

En relación a lo anterior, varios autores afirman que, para conseguir una excelencia en el cuidado, el conocimiento enfermero debe incluir la comprensión de las vivencias de los pacientes, la visión que tienen estos respecto a su lugar en el mundo y la percepción de si sus preocupaciones están siendo o no abordadas².

La necesidad de adoptar esta perspectiva de cuidado se considera especialmente relevante en la atención a las personas con una enfermedad crónica, ya que sufren procesos muy prolongados en el tiempo que les afecta a múltiples áreas de su vida. Una de las poblaciones beneficiada de este cambio sería la de los pacientes sometidos a un trasplante cardíaco (TC)¹.

Aunque el TC brinda a los pacientes una nueva oportunidad de vivir, el proceso implica una montaña rusa emocional. Incluso después de la tortura psicológica del período de espera y la alegría que sigue a un trasplante exitoso³, los receptores se enfrentan a muchas dificultades físicas, mentales y sociales derivadas de los riesgos de la cirugía, el rechazo, la adherencia a los regímenes de medicación, los efectos secundarios de los inmunosupresores, la adaptación al nuevo órgano y la incertidumbre sobre su futuro⁴. Además, la bibliografía sugiere que los pacientes deben hacer frente a dificultades adicionales, asociadas a la percepción culturalmente aceptada de que el corazón es el lugar de las emociones, el amor, la vitalidad, el alma y los rasgos de la personalidad^{3,5,6}.

Hacer frente a esta nueva situación afecta notablemente a su calidad de vida (CdV) y contribuye al desarrollo de diferentes estrategias de afrontamiento, que les ayudará a superar esta etapa^{5,6}.

Las estrategias de afrontamiento, que son una respuesta adaptativa en una situación, pueden ser desadaptativas en respuesta a otra. Por ejemplo, el humor se puede utilizar para compensar un factor estresante, pero también puede ser una táctica de evitación para retrasar el proceso de pensamiento y emociones difíciles¹⁰.

Los pacientes usan una variedad de estilos de afrontamiento para manejar el estrés después del

trasplante que van desde el afrontamiento activo, centrado en emociones, el optimismo, la búsqueda de apoyo social, la fe, la negación, y la evasión, hasta la pasividad. El uso y la eficacia de estos estilos de afrontamiento se han relacionado con la CdV después del trasplante¹¹. Por tanto, se puede afirmar que las estrategias de afrontamiento, son un gran predictor del éxito o fracaso del TC¹²⁻¹⁴. En esta línea Grady et al¹¹, afirman que los factores estresantes posteriores al trasplante se correlacionan con una mayor discapacidad funcional, una peor CdV y una menor satisfacción.

Es por tanto de vital importancia que el paciente sea capaz de defenderse, utilizando una variedad de estrategias de afrontamiento que incluyan una jerarquía de mecanismos de defensa flexibles y orientados a un objetivo, que van desde tipos de estrategias menos adaptativos hasta otros más evolucionados¹⁵.

Por tanto, el objetivo de este trabajo es evaluar las estrategias de afrontamiento de los pacientes sometidos a TC y su implicación en la CdV.

METODOLOGÍA

Se llevó a cabo un estudio descriptivo, trasversal, mediante análisis cuantitativo, en pacientes sometidos a un TC.

Ámbito de estudio: Consulta ambulatoria de la unidad de cirugía cardíaca de un hospital terciario.

Participantes: Los criterios de inclusión fueron adultos trasplantados cardíacos, que estaban en seguimiento ambulatorio en la consulta de cirugía cardíaca y que hubieran sido trasplantados hace más de 6 meses, que supieran comunicarse en español hablado y escrito y que su estado de salud les permitiera cumplimentar los cuestionarios. No se procedió a realizar un cálculo del tamaño de la muestra, ya que se decidió incluir a todos los participantes que cumplían los criterios de inclusión.

Recogida de datos: Los datos los recogió la enfermera de práctica avanzada en la consulta de seguimiento a la que acudió el paciente entre septiembre de 2021 y marzo del 2022.

Instrumentos de medida:

Variables sociodemográficas: Se incluyó el género, edad, estado civil, nivel educativo, profesión, modalidad de empleo, convivientes, y el tiempo transcurrido desde el trasplante.

Escala de afrontamiento Brief-COPE: Está compuesta por 28 ítems que incluyen afrontamiento activo, inadecuado, centrado en emociones, centrado en el humor, religión y abuso de sustancias. Según se describen Amoyal et al, 2016, cada una de las preguntas se puntúa de 0 a 3 en una escala Likert¹⁰. Cada estrategia de afrontamiento no es excluyente de las otras, de tal manera que cada participante puede desarrollar varios comportamientos.

Escala de vida WHOQOL-bref: Está compuesta por 26 preguntas. 2 abordan preguntas generales sobre la percepción de la calidad de vida, y los 24 restantes se clasifican en 4 dominios (físico, psicológico, relaciones sociales y medio ambiente). Cada una de las 26 preguntas se puntúa del 1 al 5 en una escala Likert¹⁶⁻¹⁸.

Análisis de datos: El análisis de las variables categóricas se realizó mediante el test de chi cuadrado ya que se usa para este tipo de variables y no requiere que sigan una distribución normal. Y el análisis de la correlación entre las variables se midió con el coeficiente de asociación de Spearman que se utiliza para medir la correlación entre dos variables ordinales o cuando la relación no es lineal. Se utilizó el coeficiente de Pearson para medir la correlación entre dos variables continuas con una relación lineal. Se consideraron significativos los valores de $p < 0,05$. Todos los datos se analizaron con SPSS versión 25

Aspectos éticos: El proyecto fue aprobado por el comité de ética de la institución con el número 2019.135. Los pacientes fueron invitados a participar en el estudio, se le explicó el proyecto y se les entregó una carta informativa y un consentimiento informado.

RESULTADOS

Descripción del grupo de estudio: La muestra constó de 60 pacientes. Fueron excluidos del estudio 21 pacientes, 15 por no tener un estado de salud óptimo, y 6 por rechazar participar en la investigación. El 71% (n=43) de los pacientes fueron hombres. La franja etárea predominante fueron los >70 años (33,30%, n=20), con una media de edad de 63 años. Más de la mitad (66,7%, n=40) estaban casados, seguidos del 21% (n=13) que eran solteros y del 5% (n=3) que eran viudos o divorciados. Prácticamente la mitad de los pacientes (48%, n=29) tenían estudios primarios, el 11,7% (n=7) estudios secundarios y un 16,7% (n=10) eran universitarios. En cuanto a la modalidad de empleo, la mayoría de los pacientes (78,8%, n=47) estaban

jubilados frente a un 8% (n=5) que estaban en activo a jornada completa. 41 pacientes (68%) vivían en pareja y tan solo 7 (11,7%) vivían solos. El tiempo de trasplante con mayor prevalencia estuvo entre los 6 meses y 10 años y el menor fue el período de más de 20 años. **(Tabla 1)**

Afrontamiento. Desde un punto de vista descriptivo, se observa que los participantes desarrollaron varias estrategias de forma simultánea. El 93% utilizaba un afrontamiento activo, (dato procedente de la suma de 50%+43.3% referentes a la respuesta “bastante” y “mucho”), ya que aceptaba la realidad del proceso en el que estaban y proponían estrategias para mejorar su situación, frente a un 5% (dato procedente de la suma de 5%+0% referentes a la respuesta “un poco” y “en absoluto”) que no lo hacía en absoluto. Casi la mitad de los pacientes recurrían al trabajo u otras ocupaciones para apartar los problemas de su mente. Apenas ningún paciente utilizaba un afrontamiento inadecuado, un 21,6% (dato procedente de la suma de 21,6%+0% referentes a la respuesta “bastante” y “mucho”) se decían a sí mismos “esto no es real” y un 11,67% (dato procedente de la suma de 10%+1,67% referentes a la respuesta “bastante” y “mucho”) renunciaban a ocuparse de sus problemas.

El 88,3% dato procedente de la suma de 45%+43,3%) utilizaban estrategias basadas en las emociones ya que cuando se enfrentaban a un problema conseguían el apoyo y la comprensión de alguien. Llama la atención que un 3,3% (dato procedente de la suma de 1,67%+1,67% referentes a la respuesta “bastante” y “mucho”) se culpaba de lo sucedido y que solo un 40% era capaz de expresar sus sentimientos negativos.

Prácticamente la mitad de los pacientes intentaba ver la situación con otros ojos, con una visión más optimista. El humor fue otra estrategia utilizada, ya que algo más de un tercio de la muestra fue capaz de hacer bromas sobre su situación.

Tan solo el 2,5% consumía sustancias como alcohol o drogas y un tercio de los pacientes rezaban o meditaban intentando hallar consuelo en sus creencias espirituales. **(Tabla 2)**

Tabla 1. Características de la muestra

VARIABLES	N	%	VARIABLES	N	%	VARIABLES	N	%
GENERO			NIVEL EDUCATIVO			CONVIVIENTES		
Mujer	17	28,30	Estudios primarios	29	48,30	Solo	7	11,70
Hombre	43	71,70	Estudios secundarios	7	11,70	Otros familiares	4	6,70
EDAD			Bachiller	5	8,30	Esposo/pareja	33	55,00
<50 años	9	15,00	FP superior	4	6,70	Esposo e hijos	8	13,30
50-60 años	15	25,00	Universitarios	10	16,70	No contestado	8	13,30
60-70 años	16	26,70	No contestado	5	8,30	TIEMPO DE TC		
>70 años	20	33,30	MODALIDAD DE EMPLEO			< 10 años	34	56,70
ESTADO CIVIL			Jornada completa	5	8,30	10-20 años	19	31,70
Soltero	13	21,70	Jornada parcial	1	1,70	>20 años	7	11,70
Casado	40	66,70	Baja laboral	4	6,70			
Divorciado	3	5,00	Ama de casa	1	1,70			
Viudo	3	5,00	Jubilado	47	78,30			
No contestado	1	1,70	No contestado	2	3,30			

Tabla 2. Análisis descriptivo del Cuestionario Brief COPE

Ítems Cuestionario Brief COPE		En absoluto	Un poco	Bastante	Mucho	Agrupación por estrategia de afrontamiento	
Concentro mis esfuerzos en hacer algo sobre la situación en la que estoy	%	1,67%	5,00%	50,00%	43,33%	Activo	
	n	1,00	3,00	30,00	26,00		
Acepto la realidad de lo que ha sucedido	%	0,00%	5,00%	31,67%	63,33%		
	n	0,00	3,00	19,00	38,00		
Intento proponer una estrategia sobre qué hacer	%	10,00%	20,00%	40,00%	30,00%		
	n	6,00	12,00	24,00	18,00		
Tomo medidas para que la situación mejore	%	1,67%	8,33%	48,33%	41,67%		
	n	1,00	5,00	29,00	25,00		
Intento verlo con otros ojos, para hacer que parezca más positivo	%	16,67%	28,33%	31,67%	23,33%		Inadaptado
	n	10,00	17,00	19,00	14,00		
Me digo a mí mismo "esto no es real"	%	63,33%	15,00%	21,67%	0,00%		
	n	38,00	9,00	13,00	0,00		
Renuncio a intentar ocuparme de ello	%	63,33%	25,00%	10,00%	1,67%		
	n	38,00	15,00	6,00	1,00		
Expreso mis sentimientos negativos	%	20,00%	40,00%	35,00%	5,00%		
	n	12,00	24,00	21,00	3,00		
Renuncio al intento de hacer frente al problema	%	78,33%	16,67%	5,00%	0,00%		
	n	47,00	10,00	3,00	0,00		
Me echo la culpa de lo que ha sucedido	%	53,33%	43,33%	1,67%	1,67%	Emocional	
	n	32,00	26,00	1,00	1,00		
Intento conseguir que alguien me ayude o aconseje sobre qué hacer	%	1,67%	45,00%	33,33%	20,00%		
	n	1,00	27,00	20,00	12,00		

Recurso al trabajo o a otras actividades para apartar las cosas de mi mente	%	13,33%	40,00%	35,00%	11,67%	
	n	8,00	24,00	21,00	7,00	
Consigo apoyo emocional de otros	%	5,00%	15,00%	35,00%	45,00%	
	n	3,00	9,00	21,00	27,00	
Consigo el consuelo y la comprensión de alguien	%	5,00%	15,00%	40,00%	40,00%	
	n	3,00	9,00	24,00	24,00	
Aprendo a vivir con ello	%	0,00%	1,67%	38,33%	60,00%	
	n	0,00	1,00	23,00	36,00	
Hago algo para pensar menos en ello, tal como ir al cine o ver la televisión	%	16,67%	35,00%	30,00%	18,33%	
	n	10,00	21,00	18,00	11,00	
Consigo que otras personas me ayuden o aconsejen	%	1,67%	10,00%	45,00%	43,33%	
	n	1,00	6,00	27,00	26,00	
Utilizo alcohol u otras drogas para hacerme sentir mejor	%	95,00%	1,67%	3,33%	0,00%	Basado en sustancias
	n	57,00	1,00	2,00	0,00	
Hago bromas sobre ello	%	28,33%	40,00%	20,00%	11,67%	Basado en humor
	n	17,00	24,00	12,00	7,00	
Me rio de la situación	%	26,67%	33,33%	25,00%	15,00%	
	n	16,00	20,00	15,00	9,00	
Intento hallar consuelo en mi religión o creencias espirituales	%	38,33%	30,00%	20,00%	11,67%	Basado en religión
	n	23,00	18,00	12,00	7,00	

Correlación de variables sociodemográficas con estrategias de afrontamiento

Se observan las siguientes correlaciones: **(Tabla 3)**

Estado civil: Los casados utilizaron en mayor medida estrategias basadas en emociones. Los pacientes divorciados destacaron por un mayor uso del humor, al contrario que los viudos, quienes además utilizaron en menor medida un afrontamiento activo.

Nivel educativo: Aquellos con estudios primarios utilizaron mayormente un afrontamiento inadaptado y emocional con una correlación negativa débil, ($p=0.021$) en comparación con los que tenían estudios superiores.

Empleo: Predominó el afrontamiento activo y el humor, en aquellos que estaban de baja laboral, al

contrario que los que estaban en activo. Los jubilados son los que más se apoyaron en la religión.

Convivencia: Los que convivían con familiares desarrollaron estrategias de afrontamiento activo y basadas en el humor, pero en cambio los que vivían solos, se basaban en las emociones.

Edad: La franja de edad entre 60 y 70 años utilizaron mayormente un afrontamiento activo; los más jóvenes se apoyaban más el humor y los mayores de 70 años en la religión.

Género: El afrontamiento activo predominó en varones, en cambio el humor y la religión en las mujeres.

Tiempo de TC: Los trasplantados entre 10 y 20 años fueron los que más recurrieron a un afrontamiento activo.

Tabla 3. Correlación estrategias de afrontamiento escala Brief-COPE y V. Sociodemográficas

Variables Sociodemográficas	Estrategias de afrontamiento					
	Activo	Inadapto	Emociones	Sustancias	Humor	Religión
Estado Civil	<i>Medias</i>					
Soltero	2,23	0,72	1,95	0,04	0,46	0,89
Casado	2,17	0,89	2,00	0,09	0,75	1,17
Divorciado	1,76	0,67	1,95	0,00	1,00	1,17
Viudo	1,61	0,79	1,71	0,00	0,34	1,17
<i>R de Pearson*/(p)**</i>	-0,118/ 0,376	-0,060/ 0,655	-0,046/ 0,732	a)	a)	-0,170/ 0,203
Nivel educativo	<i>Medias</i>					
Estudios primarios	2,22	0,97	2,11	0,05	0,59	1,14
Estudios secundarios	2,04	0,86	1,94	0,22	0,72	1,22
Bachiller	2,40	0,48	1,94	0,00	0,60	0,80
FP superior	2,36	0,75	2,11	0,00	0,63	1,00
Universitarios	1,81	0,61	1,80	0,05	0,70	1,25
<i>R de Pearson*/(p)**</i>	-0,140/ 0,306	-0,310/ 0,021	- 0,240/0,078	a)	a)	- 0,001/0,995
Empleo***	<i>Medias</i>					
Jornada completa	1,63	0,88	1,77	0,00	0,70	0,40
Baja laboral	2,48	0,25	2,14	0,00	1,17	1,17
Jubilado	2,13	0,84	1,99	0,09	0,59	1,22
<i>R de Pearson*/(p)**</i>	0,206/0,123	-0,034/ 0,802	0,172/ 0,200	a)	a)	0,118/0,384
Convivientes	<i>Medias</i>					
Solo	2,04	0,61	2,10	0,00	0,43	1,00

Otros familiares	2,18	0,78	1,93	0,00	0,50	0,88
Esposo/pareja	2,15	0,88	2,03	0,11	0,76	1,17
Esposo e hijos	2,14	0,89	1,90	0,00	0,79	0,93
<i>R de Pearson*/ (p)**</i>	0,021/0,8 83	0,098/ 0,494	-0,149/ 0,297	a)	a)	0,051/0,7 20
Edad	<i>Medias</i>					
<50 años	2,05	0,64	1,86	0	1,78	0,61
50-60 años	2,12	0,85	2,05	0,04	1,57	0,93
60-70 años	2,24	1,02	2,02	0,19	1,25	1,22
>70 años	2,09	0,76	1,97	0,03	1,00	1,35
<i>R de Pearson*/ (p)**</i>	0,064/ 0,860	0,03/ 0,270	0,102/ 0,795	-0,007/ 0,271	-0,221/ 0,277	0,318/ 0,245
Genero	<i>Medias</i>					
Mujer	2,08	0,85	2,08	0,09	1,65	1,24
Varón	2,15	0,83	1,95	0,06	1,19	1,05
<i>R de Pearson*/ (p)**</i>	0,031/ 0,341	0,021/ 0,703	0,121/ 0,660	0,045/ 0,454	0,184/ 0,575	0,141/ 0,439
Tiempo de TC	<i>Medias</i>					
<10 años	2,08	0,92	2,00	0,06	1,42	1,02
10-20 años	2,29	0,70	1,96	0,00	1,32	1,11
>=20 años	1,92	0,82	2,00	0,29	0,86	1,50
<i>R de Pearson*/ (p)**</i>	0,03/ 0,313	-0,054/ 0,330	0,085/ 0,967	0,225/ 0,07	-0,132/ 0,485	0,123/ 0,502

***Correlación estadística. ** P< 0,05= Estadísticamente significativo.**

*****Empleo: las variables “jornada parcial” y “ama de casa” no se incluyeron ya que no se pudo calcular la media por ser único caso.**

a) No se han calculado estadísticos porque Categoría afrontamiento con sustancias es una constante.

Correlación Dominios de CdV con Estrategias de afrontamiento:

Se observó una correlación moderada positiva entre el afrontamiento activo y los dominios psicológico, ambiental y social, este último con significación estadística (p=0.005).

Además, hubo una correlación positiva entre el humor y los dominios físico, psicológico y social, siendo estadísticamente significativa en el dominio psicológico. (p=0.035)

Por otro lado, los resultados evidenciaron una correlación negativa entre el dominio físico, psicológico y ambiental con el afrontamiento inadaptado, con una probabilidad asociada en el límite de la significación en el dominio físico (p=0.069). Además, se correlacionó negativamente el dominio físico con el afrontamiento basado en emociones y el dominio ambiental y social con el abuso de sustancias (**Tabla 4**).

Tabla 4. Correlaciones entre los dominios de Calidad de Vida (CdV) y las estrategias de afrontamiento

		ESTRATEGIAS DE AFRONTAMIENTO					
DOMINIO S CdV		Activo	Inadaptado	Emociones	Sustancias	Humor	Religión
Físico	R Spearman*	0.059	-0.238	-0.161	0.225	0.225	-0.246
	(p)**	0.655	0.069	0.223	0.087	0.051	0.061
Psicológico	R Spearman*	0.347	-0.128	0.123	0.018	0.275	-0.199
	(p)**	0.07	0.334	0.335	0.890	0.035**	0.132
Social	R Spearman*	0.362	0.020	0.396	-0.021	0.117	0.084
	(p)**	0.005*	0.879	0.002***	0.874	0.379	0.527
Ambiental	R Spearman*	0.227	-0.61	0.400	-0.119	0.069	-0.46
	(p)**	0.32	0.647	0.002***	0.131	0.606	0.728

***Correlación estadística ** (p): Significación estadística. ***P< 0,05= Estadísticamente significativo**

DISCUSIÓN

Nuestro objetivo fue evaluar las estrategias de afrontamiento y su correlación con las variables sociodemográficas y la CdV en un grupo de pacientes trasplantados cardíacos. En la literatura se encontraron características sociodemográficas similares a las observadas en nuestro estudio, predominando el género masculino, ya que este se asocia a un gran número de factores de riesgo cardiovascular y pacientes que tenían un círculo sociofamiliar estable^{8,15,16,19-21}.

Nuestros resultados confirmaron la importancia que cobran los estilos de adaptación en los pacientes sometidos a TC. En general, los participantes hicieron uso de todo tipo de estrategias, predominando aquellas centradas en la resolución de problemas, seguidas de las centradas en la emoción y en menor medida la religión y las estrategias inadaptadas, resultados similares a los de Burker et al¹⁴, que encuentran que la desconexión conductual, la negación y el consumo de drogas o alcohol fueron los estilos de afrontamiento menos frecuentes. Del mismo modo, Grady et al¹¹, describen un mayor uso de afrontamientos positivos frente a estilos de afrontamiento evasivo y fatalistas.

Nuestros resultados en cuanto al **afrontamiento activo** y su correlación positiva con la CdV coinciden con los hallazgos de otros estudios^{3,15,20-22} que afirman que las estrategias centradas en la resolución de problemas corresponden a una forma activa de buscar una solución y están relacionadas con una percepción positiva de los dominios en la CdV. Además, estas estrategias están asociadas a una menor probabilidad de sufrir trastornos del estado de ánimo como depresión o ansiedad²⁰. Conway et al³ afirman que el ser optimista ayuda a sobrellevar la enfermedad y la recuperación, y encuentran asociaciones positivas entre el optimismo y el bienestar psicológico. Pfeifer et al¹⁵ afirman que los pacientes que han recibido preparación psicológica utilizan con mayor frecuencia estrategias de afrontamiento centradas en el problema, que aquellos que están sin preparación.

Además, el apoyo social y familiar emergió como un factor crucial en el afrontamiento exitoso. Los pacientes que vivían con otros miembros de la familia y contaban con una red de apoyo más sólida fueron los que utilizaron más estrategias de afrontamiento activo y basadas en el humor. Estos resultados reafirman los hallazgos de estudios anteriores que sugieren que un mayor apoyo social está estrechamente relacionado con una mejor adaptación a las exigencias del trasplante cardíaco y una mayor calidad de vida^{3,21}.

Sin embargo, algunos resultados también subrayan las áreas que requieren atención. El afrontamiento inadaptado, caracterizado por la negación y la desconexión conductual, fue utilizado por un pequeño grupo de pacientes, especialmente aquellos con menor nivel educativo. Este patrón coincide con los hallazgos de Burker et al¹⁴, quienes encontraron que los pacientes con menos años de educación tienen mayores probabilidades de desarrollar estilos de afrontamiento inadaptados. Además, el uso del afrontamiento basado en emociones mostró una correlación negativa con la CdV, lo que sugiere que este tipo de afrontamiento, al centrarse en la evasión de la realidad o en la autoculpabilidad, está relacionado con peores resultados en la salud mental y física, como ya fue documentado por Bérnago et al.¹⁴

El hallazgo de que los pacientes activos laboralmente recurren más al afrontamiento inadaptado podría estar relacionado con el estrés generado por la combinación de las demandas laborales y los desafíos de la recuperación post-trasplante. Este hecho refuerza la necesidad de intervenciones dirigidas a manejar el estrés laboral y proporcionar apoyo psicológico a este grupo específico de pacientes, que podría beneficiarse de estrategias de afrontamiento más efectivas¹⁴.

Se observó una correlación negativa entre la CdV y el **afrontamiento centrado en emociones**. Esta estrategia es una forma pasiva de afrontar una situación mediante la adopción de conductas evasivas y está relacionada con emociones negativas y pensamientos fantasiosos de autoculpabilidad¹⁵. Bérnago et al afirman que cuanto más centrados están los pacientes en la emoción, mayores son los síntomas de ansiedad y depresión lo que conlleva a un deterioro de la CdV y a un aumento de

En relación al humor, nuestros resultados coinciden con los de Milaniak et al.²², que indican que el humor y el optimismo son predictores positivos de la CdV. En nuestra muestra, aproximadamente un tercio de los pacientes emplearon el humor como estrategia para sobrellevar la situación, lo que refuerza la idea de que mantener una actitud positiva y encontrar formas de reírse de la situación pueden tener efectos beneficiosos sobre la salud emocional.

La religión está relacionada con una gama de sentimientos desde la esperanza y la fe, hasta el pensamiento fantástico que conlleva esperanza, lo que mejora la percepción en la CdV. Algunas

mujeres describen la enfermedad como un “proceso de negociación con Dios, de vida y de salud, una oportunidad de adquirir nuevos valores y valorar el estado espiritual”²¹. Casar et al²⁴ describen que el TC fortalece aún más sus creencias y aquellos que participan en actividades religiosas tienen un mejor bienestar físico y emocional, menos preocupaciones de salud y un mejor cumplimiento médico posterior. En nuestro estudio se encontraron diferencias significativas entre la edad y el afrontamiento centrado en la religión, con mayor puntuación en pacientes de mayor edad, al igual que Trevizán et al²¹.

Se pueden señalar algunas limitaciones de este estudio. Si bien el diseño ha permitido obtener información y evaluaciones de las variables de interés, el método de corte transversal no permite la definición de asociaciones causales entre dominios e impide el uso de criterios de causalidad. Además, el reclutamiento de una muestra de pacientes de un solo centro de trasplante, y el hecho de excluir a aquellos con un estado de salud subóptimo, pueden llegar a sesgar los resultados.

Este estudio se podría beneficiar si se obtuviera una muestra mayor, que incluyera a varios centros de trasplante, y cuya recogida de datos fuera longitudinal. Todo ello permitiría extraer conclusiones sobre el impacto que tiene el TC en la calidad de vida y el afrontamiento en la salud de los pacientes.

Con respecto a los instrumentos utilizados, cabe señalar que el cuestionario Brief-COPE ha sido utilizado previamente en otro tipo de poblaciones a estudio, pero no en pacientes trasplantados cardíacos en nuestro país, algo que podría repercutir en la validez externa del estudio.

Podemos concluir que los hallazgos de este estudio amplían el conocimiento sobre la experiencia que viven los pacientes que han sido sometidos a un TC. Podemos concluir que los pacientes tienen que hacer frente a una realidad llena de complicaciones y de cambios, y que el hecho de adaptarse a los mismos les resulta un proceso complejo que, en muchas ocasiones, los desalienta y perjudica en su calidad de vida⁶ y les condiciona al desarrollo de diferentes estrategias de afrontamiento.

Se debe brindar a los pacientes capacitación para el autocontrol y desarrollo de los roles emocionales y conductuales que les ayude a solventar los desafíos en esta etapa²⁵, a través de la adquisición de estrategias centradas en la resolución de problemas. Esto les permitirá modificar la relación de la persona con el entorno o con la emoción adaptando así, la respuesta

al problema. Además, en este período se deben abordar aspectos psicológicos relacionados con el sentimiento de pérdida del corazón, la adaptación del nuevo órgano y la adaptación a los nuevos hábitos de vida. Debe fortalecerse el sentido de autonomía, autoeficacia, y responsabilidad del paciente por su propio cuidado de la salud, así como el estímulo para volver a las actividades de la vida¹⁵.

Para ello, se necesitan equipos multidisciplinares que garanticen el desarrollo de estrategias favorables para la recuperación, adherencia al tratamiento y la solución de problemas que puedan surgir. Se sugieren terapias cognitivo conductuales individuales que ayuden a la reorganización psíquica y la readaptación frente a esta nueva situación de salud^{21,26} y visitas grupales que creen la posibilidad de contacto con otros pacientes trasplantados,^{21,22} donde la enfermera se sitúa dentro del proceso, como aquel profesional que suplente, ayuda y acompaña al paciente en su evolución²⁷.

En estas sesiones se debe tener en cuenta además del género, las diferencias de edad para poder implementar cuidados efectivos. Los estudios discuten las dificultades que enfrentan los receptores adolescentes, que difieren mucho de las que se enfrentan los adultos⁴.

De acuerdo con los resultados debe prestarse gran importancia al apoyo social y familiar ya que permiten un manejo más adecuado de emociones, ayudando a incrementar las habilidades adaptativas del paciente. Por ello, se aconseja evaluar muy de cerca el apoyo con el que cuentan los pacientes e intentar suplirlo en los casos en los que es insuficiente. Tanto es así que la inclusión de la familia y del grupo social en futuras investigaciones podría ser interesante para una mejor comprensión del fenómeno en cuestión²⁸. Además se propone potenciar un enfoque cualitativo que contribuye a valorar vivencias propias de los pacientes y a hacer que muchos de los aspectos de la enfermería denominado como “cuidados invisibles” puedan salir a la luz y se tenga constancia de ello²⁷.

BIBLIOGRAFÍA

1. Olano M, Oroviogioicoechea C, Errasti B, Saracíbar M. *The personal experience of living with chronic heart failure: a qualitative meta-synthesis of the literature*. JNC. 2016; 25: 2413–29. doi: 10.1111/jocn.13285.
2. Newman M, Smith M, Dexbeimer M, Jones D. *The Focus of the Discipline Revisted*. Adv Nurs Sci. 2008; 31(1): 16–27. doi: 10.1097/01.ANS.0000311533.65941.fl.
3. Conway A, Schadewaldt V, Clark R, Ski C, Thompson DR, Doering L. *The psychological experiences of adult heart transplant recipients: a systematic review and meta-summary of qualitative findings*. Heart Lung. 2013 ;42(6):449–55. doi: 10.1016/j.hrtlng.2013.08.003.
4. Yang FC, Chen HM, Huang CM, Hsieh PL, Wang SS, Chen CM. *The Difficulties and Needs of Organ Transplant Recipients during Postoperative Care at Home: A Systematic Review*. Int J Environ Res Public Health. 2020 11;17(16):5798. doi: 10.3390/ijerph17165798.
5. Cierpka A, Matek K, Horondénska M. *What does it mean to live after heart transplantation? The lived experience of after transplant recipients*. A qualitative study. HPR. 2015; 3(2):123–30. doi: 10.5114/hpr.2015.49678
6. Bunzel B, Wollenek B, Grundbock A. *Psychosocial Problems of Donor Heart Recipients Adversely Affecting Quality of Life*. Qual Life Res. 2009; 1(5):207–13. doi: 10.1007/BF00434944.
7. Tackmann E, Detmer S. *Health-related quality of life in adult heart-transplant recipients—a systematic review*. 2020; 45:475–48. doi: 10.1007/s00059-018-4745-8.
8. Aguiar MI, Farias DR, Pinheiro ML, Chaves ES, Rolim IL, Almeida PC. *Quality of life of patients that had a heart transplant: application of Whoqol–Bref scale SBC*. Arq Bras Cardiol. 2011 ;96(1):60–8. doi: 10.1590/s0066-782x2010005000133.
9. Morán, C., Landero, R. & González. *COPE–28: un análisis psicométrico de la versión en español del Brief COPE*. Universitas Psychologica.2010; 9 (2): 543–552. doi: 10.11144/Javeriana.upsy9-2.capv
10. Amoyal N, Fernandez AC, Ng R, Fehon DC. *Measuring Coping Behavior in Liver Transplant Candidates: A Psychometric Analysis of the Brief COPE*. Prog Transplant. 2016 ;26(3):277–85. doi: 10.1177/1526924816655253.
11. Grady KL, Wang E, White-Williams C, Naftel DC, Myers S, Kirklin JK et al. *Factors associated with stress and coping at 5 and 10 years after heart transplantation*. J Heart Lung Transplant. 2013 ;32(4):437–46. doi: 10.1016/j.healun.2012.12.012.
12. Bunzel B, Schmidl-Mohl B, Grundböck A, Wollenek G. *Does changing the heart mean changing personality? A retrospective inquiry on 47 heart transplant patients*. Qual Life Res. 1992 ;1(4):251–6. doi: 10.1007/BF00435634. PMID: 1299456.
13. Janelle C, O'Connor K, Dupuis G. *Evaluating illness representations in heart transplant patients*. J Health Psychol. 2016 ;21(9):1850–9. doi: 10.1177/1359105314567210.
14. Burker EJ, Madan A, Evon D, Finkel JB, Mill MR. *Educational level, coping, and psychological and physical aspects of quality of life in heart transplant candidates*. Clin Transplant. 2009 r;23(2):233–40. doi: 10.1111/j.1399-0012.2009.00966.x.
15. Pfeifer PM, Ruschel PP, Bordignon S. *Coping strategies after heart transplantation: psychological implications*. Rev Bras Cir Cardiovasc. 2013 28(1):61–8. doi: 10.5935/1678-9741.20130010.
16. Carvalho WDN, Alves Maria GDS, Gonçalves KC, Miranda AL, Moreira MDCV. *Health-Related Quality of Life of Heart Transplant Recipients Living in a Developing Country*. Transplant Proc. 2021 ; 53(1):358–363. doi: 10.1016/j.transproceed.2020.05.027
17. Espinoza I, Osorio P, Torrejón MJ, Lucas-Carrasco R, Bunout D. *Validation of the WHOQOL-BREF quality of life questionnaire among Chilean older people*. Rev.Med. Chile. 2011; 139:579–586.
18. Duvant P, Fillat M, Garaix F, Roquelaure B, Ovaert C, Fouilloux V et al. *Quality of life of transplant children and their parents: a cross-sectional study*. Orphanet J Rare Dis. 2021 17;16(1):364. doi: 10.1186/s13023-021-01987-y.
19. Jowsey SG, Cutshall SM, Colligan RC, Stevens SR, Kremers WK, Vasquez AR et al. *Seligman's theory of attributional style: optimism, pessimism, and quality of life after heart transplant*. Prog Transplant. 2012 ;22(1):49–55. doi: 10.7182/pit2012451.

20. Ruzyczka EW, Milaniak I, Przybyłowski P, Wierzbicki K, Siwińska J, Hubner F K, et al. *Depression and quality of life in terms of personal resources in heart transplant recipients*. *Transplant Proc.* 2011 ;43(8):3076-81. doi: 10.1016/j.transproceed.2011.07.012

21. Trevizan FB, Miyazaki MCOS, Silva YLW, Roque CMW. *Quality of Life, Depression, Anxiety and Coping Strategies after Heart Transplantation*. *Braz J Cardiovasc Surg.* 2017 32(3):162-170. doi: 10.21470/1678-9741-2017-0029.

22. Milaniak I, Wilczek-Ruzyczka E, Przybyłowski P, Wierzbicki K, Siwińska J, Sadowski J. *Psychological predictors (personal recourses) of quality of life for heart transplant recipients*. *Transplant Proc.* 2014 ; 46(8):2839-43. doi: 10.1016/j.transproceed.2014.09.026.

23. Nahlen Bose C, Bjorling G, Elfstrom ML, Persson H, Saboonchi F. *Assessment of Coping Strategies and Their Associations With Health Related Quality of Life in Patients With Chronic Heart Failure: the Brief COPE Restructured*. *Cardiol Res.* 2015 ;6(2):239-248. doi: 10.14740/cr385w.

24. Casar Harris R, Amanda Dew M, Lee A, Amaya M, Buches L, Reetz D, Coleman G. *The role of religion in heart-transplant recipients' long-term health and well-being*. *J Relig Health.* 1995 ;34(1):17-32. doi: 10.1007/BF02248635.

25. Fatma C, Cigdem C, Emine C, Omer B. *Life experiences of adult heart transplant recipients: a new life, challenges, and coping*. *Qual Life Res.* 2021 ;30(6):1619-1627. doi: 10.1007/s11136-021-02763

26. Kugler C, Bara C, Waldthausen T, Einhorn I, Haastert B, Fegbeutel C, et al. *Association of depression symptoms with quality of life and chronic artery vasculopathy: A cross-sectional study in heart transplant patients*. *J Psychosom Res.* 2014; 77:128-34. doi: 10.1016/j.jpsychores.2014.06.007

27. Sanchez L, *Experiencia de los trasplantados cardíacos en una unidad de cuidados intensivos*. *Nure Inv.* 2017; 14(91):1-8.

28. Sirri L, Magelli C, Grandi S. *Predictors of perceived social support in long-term survivors of cardiac transplant: The role of psychological distress, quality of life, demographic characteristics and clinical course*. *Psychol Health.* 2011 ;26(1):77-94. doi: 10.1080/08870440903377339.



COLEGIO OFICIAL NAFARROAKO
DE ENFERMERAS ERIZAINEN
DE NAVARRA ELKARGO OFIZIALA